

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Hasenfeld Arthur: Közlemény a lipesei belkórda laboratóriumából. A bacillus pyocyaneussal mesterségesen létrehozott szívbelhártyagyulladásról és egyes a szívbelhártyagyulladásokat általában illető megjegyzések. 64. l.

Bodon Károly: A kir. magyar tudomány-egyetem I-ső számú sebkórodájának közlései. Igazgató Dollinger Gyula egyetemi ny. r. tanár. Az exophthalmus pulsans traumaticus sebészeti gyógykezelése a carotis communis egyoldali, illetve kétoldali alakításával. 65. l.

Schultz Henrik: Közlemény a szt. Rókus-kórház V. orvosi (Róna S. főorvos) osztályáról. Adatok az uterus gonorrhoeájának kór- s gyógytanához 53. l.

Borbély Samu: Vizsontmegjegyzések Hüttl Hümér dr. „A magas hólyagmetszés” cz. dolgozatára tett észrevételeire. 68 l.

Tárcza, Pálka Géza: A budapesti kéjnök statistikájához. 70. l.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Leyden: Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik. 71. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Ösztöndíj-adományozások. — Tiszti orvosi vizsga. — Budapesti Pasteur-intézet kimutatása. — Kitüntetés. — Kinevezés. — Belgyógyászati kézikönyv. — Megjelent. — Tyroch József. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Baumgarten dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 72. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a lipesei belkórda laboratóriumából.

A bacillus pyocyaneussal mesterségesen létrehozott szívbelhártyagyulladásról és egyes a szívbelhártyagyulladásokat általában illető megjegyzések.

Hasenfeld Arthur dr.-tól.

A szívbelhártyalobok kóroktanát illető ismereteink lényegesen bővültek, mióta az endocarditist állatoknál mesterséges úton is sikerült létrehozni. Rosenbach,¹ Wyssokowitsch,² Fränkel és Sanger,³ Stern és Hirschler,⁴ Netter,⁵ Ribbert,⁶ Buome⁷ vizsgálatai azt bizonyítják, hogy egyes mikroorganizmusok, bizonyos, később részletesebben taglalandó feltételek mellett a vérbe fecskendezve, endocarditist okoznak.

A mesterséges szívbelhártyalobot állatoknál eddig hat különböző bakteriummal sikerült létrehozni, ú. m.: 1. a *staphylococcus pyogenes aureus*, 2. a *coccus sepsis*, 3. a *staphylococcus pyogenes albus*, 4. a *streptococcus pyogenes*, 5. a *pneumococcus* és 6. a *bacillus pyogenes foetidus* segítségével.

A lipesei belkórda laboratóriumában alkalmam volt házi-nyulaknál a *bacillus pyocyaneussal* hosszasan kísérletezhetni.

Az egész munka, mely több kérdés megfejtését célozta, nem volt befejezhető és így ez alkalommal csupán az ezen kísérletek alkalmával létrehozott mesterséges *pyocyaneus endocarditissal* óhajtók foglalkozni.

A bacillus pyocyaneus mindaddig — a mennyire a nekem hozzáférhető irodalomból következtethetek — emberi endocarditis esetből nem lett kitenyészve; tudtommal eddig mesterségesen létrehozott pyocyaneus endocarditis is ismeretlen volt. A b. pyocyaneust azelőtt egyáltalában egy az emberi szervezetre ártatlan mikroorganizmusnak tartották. Ujabb vizsgálatok azonban azt bizonyítják, hogy a pyocyaneus az emberi vérpályába jutva veszedelmes betegségeket is okozhat. Így Kossel⁸ és Ehlers-nek⁹ b. pyocyaneust a szív véreből tisztán sikerült kitenyészteni. K. azonkívül a lágy agybarkok exsudatumában is kimutatta, Kruse és Pasquale¹⁰ pedig két esetben májtályog genyében. Charrin, Neumann, Karlinsky és Jadkewitsch¹¹ vizsgálatai azt is bizonyítják, hogy a b. pyocyaneus bizonyos megbetegedések okozója.

Említett szerzők vizsgálatai óta tehát a b. pyocyaneus kórokozó hatása kétségkívül bebizonyítottnak tekinthető. Azt is tudjuk, hogy a pyocyaneus a legelterjedtebb mikroorganizmusok közé tartozik, így pl. Schimmellbusch¹² még az ép bőrön is találta, Salus¹³ és Jakowski¹⁴ pedig a bélhuzamban constatálták jelenlétét.

A mondottakat tekintetbe véve és mivel az eddigi kísérletek is azt mutatják, hogy a mesterséges szívbelhártyalob létrehozásához különféle bakteriumok alkalmasak, már eleve sem volt valószínű, hogy a b. pyocyaneussal is sikerülni fog endocarditist létrehozni, ha az bizonyos arra alkalmas körülmények között jut az endocardiumra.

Kísérleti berendezés.

Kísérleti eljárásunk az említett szerzőkétől egy lényeges pontban különbözik. Azon bűvárok, kik ezideig a mesterséges szívbelhártyalob létrehozásán fáradoztak, az endocarditist okozó bakteriumokat a kísérletre szolgáló állat valamely környi visszerébe — rendszeren a fül venájába — fecskendezték, az esetek egy részében a kórmenző mikroorganizmusok ezen befeekendését az endocardium megsebzésével kombinálva.

Mi kísérleteinket ugyancsak részint az endocardium, illetve az aortabillentyűk egyidejű megsértése mellett, részint a szívbelhártyájának megsértése nélkül eszközöltük, a szívbelhártyalob létrehozására szolgáló b. pyocyaneust azonban közvetlenül a szívbe fecskendeztük.

Az eljárás egyszerűsítésére egy eszközt készítettünk, mely az endocardium megsértését, illetve az aortabillentyűk elroncsolását és a pyocyaneus culturak egyidejű befeekendését lehetővé tette.

Az eszköz egy a kísérleti állat carotisába bevezethető vékony canule, mely egy kis gombbal végződik, distalis végére pedig egy alkalmas fecskendő illeszthető. Az egész kis eszköz igen könnyen sterilizálható.

Ha a billentyűket nem akartuk sérteni, akkor a carotisba bevezetett eszközünket óvatosan addig toltuk előre, míg ellenállást éreztünk, ekkor ugyanis a billentyűkig eljutva a canulera alkalmazott fecskendő segítségével a kérdéses mikroorganizmusokat közvetlenül az endocardiumra fecskendhetjük. Megjegyzendő azonban, hogy a canule előretolásánál óvatosaknak kell lennünk és a befeekedésnek is lassan kell történnie, nehogy a billentyűket akarattunk ellenére megsértsük. Ha azonban a billentyűket szétroncsolni óhajtjuk, akkor a billentyűkig eljutva, egy gyengéd döfessel igen könnyen sikerül azokat a canule gombos fejével szétszakítani és ennek megtörténte után a mikroorganizmusokat a billentyűbajossá tett szívbe fecskendezni.

A kísérletek a dolgozat végén található táblázatban vannak összeállítva.

A szerzők legnagyobb része, kik eddig a mesterséges szívbelhártyalob létrehozásán fáradoztak, azon eredményhez jutottak,

hogyan a vérbe jutott bakteriumok endocarditist csak akkor okoznak, ha közvetlenül megelőzőleg az endocardium meg lett sebezve; az ép endocardium azonban a bakteriumok megtelepedésére nem képez alkalmas talajt. A bűvárok egy kisebb része azonban úgy hiszi, hogy mesterséges szívbelhártyalob az endocardium megsértése nélkül is létrehozható.

A mesterséges úton létrehozott szívbelhártyalobbal foglalkozva nem szabad azonban elfelednünk, hogy — a mint arra Virchow¹⁵ már néhány évtizeddel ezelőtt figyelmeztetett — a szívbelhártyalob egyes állatoknál, így különösen kutyáknál elég gyakori megbetegedést képez. Azon nézetben vagyok tehát, hogy helyesebben járunk el, ha különösen kutyákkal a megfelelő ellenőrző kísérletek nélkül végzett kísérleteket bizonyító erővel bírónak nem tekintjük. Könnyen elképzelhető, hogy azon bűvárok, kik a szerzők túlnyomó többségével szemben azon eredményhez jutottak, hogy a mesterséges szívbelhártyalob az endocardium megsértése nélkül is létrehozható, esetleg azon hibát követték el, hogy a kísérletre szolgáló állatnál az endocardiumnak esetleg jelenlevő megbetegedését mesterséges úton létrejöttek tekintették.

A szív belhártyáján — a mi vizsgálataink is azt mutatták — csak akkor sikerül mesterséges úton endocarditist létrehozunk, ha megelőzőleg az endocardiumot megsértve, azt ellenálló képességében meggyengítettük; az endocardium a mikroorganizmusok megtelepedésére szükséges *dispositio*t — a mint magát Orth¹⁶ kifejezi — csak ily körülmények között nyeri el.

Jelen kísérleteink ezen *disponáló momentum* nagy fontosságát és szükségességét minden kétséget kizárólag az eddigi vizsgálatoknál világosabban bizonyítják. Kísérleteinknél ugyanis — mint már említve volt — a kórmenző mikroorganizmust egyrészt sértetlen endocardiumnál, másrészt a szív belhártyájának megsértése mellett *közvetlenül a szívbe* fecskendeztük. Azt hiszem, hogy a kísérletek ilyen berendezése mellett azon körülmény, hogy a szív belhártyájának megsebzése nélkül szívbelhártyalob nem jött létre, absolute bizonyítja, hogy a pyocyaneus felvételére csak az ellenálló képességében gyengített endocardium alkalmas.

* * *

Kísérleteinket két csoportra osztjuk.

A) A kísérletek ezen csoportjában *pyocyaneus b. culturái* a szív belhártyájának megsértése nélkül lettek befecskendezve.

A kísérletekre szolgáló házinyulak eleinte igen rövid idő alatt, rendszeresen már a befecskendést követő 6–24 órában subnormalis hőmérsék mellett elpusztultak. Eleinte ugyanis a pyocyaneus culturákat igen nagy mennyiségben fecskendeztük be, ezen kísérleteinknél ugyanis a megfelelő adagolást még nem ismervén, a kísérleti állat szívébe a pyocyaneus b. egy 24 órás glycerin-agaron (kémesőben) nött egész culturáját fecskendeztük be. A boncsolás ezen esetekben heveny lépnagyobbodás és a különböző szervekben elszórtan található emboliás infarctusokon kívül egyéb említésre méltót nem derített ki.

Későbbi kísérleteinknél (lásd a mellékelt táblázatot) a pyocyaneust lényegesen kisebb mennyiségben fecskendeztük be, a mennyiben esetenként annak 24 órás culturájának csupán $\frac{1}{66}$ — $\frac{1}{50}$ — $\frac{1}{20}$ részét használtuk el.

A pontos adagolhatóság eszközésére a glycerin-agar ferde felületén nött pyocyaneust egy platin-lapátkával gondosan levakartuk és physiologikus konyhasó-oldat ismert mennyiségében suspendáltuk; a befecskendésre szolgáló folyadék finom tejszerű emulsiót képezett.

Kísérleti állataink az endocardiumnak fertőzését a pyocyaneus ezen kisebb mennyiségével elég jól tűrték; valamennyi állat életben maradt, csupán egy ment tönkre egy metastatikus orchitis következtében. Az állatok a pyocyaneus befecskendezését követőleg 2–3 napig lázasak voltak, ezen idő elmúltával a hőmérsék ismét normalis lett és az állatok látszólag ismét egészségesek voltak, két állatnál kényszermozgásokat észleltünk, azonban ezen állatok is jól táplálkoztak.

A testsúlyingadozások azonban azt mutatták, hogy az állatok az infectio következtében szenvedtek; a legtöbbnél igen tekintélyes súlyvesztéseket észleltünk, mely egyik-másik esetben az eredeti testsúlynak 30%-ig emelkedett.

A kísérleti állatokat a b. pyocyaneussal való fertőzést követő 4–36. napon megöltük.

A boncsolásnál minden esetben meggyőződést szereztünk, hogy a műtét alkalmával a billentyűk nem lettek megsérve. Endocarditis sohasem volt jelen, az endocardiumot tükrösímanak találtuk, endocardialis felrakódásoknak nyoma sem volt. A *szívizom* beteges elváltozásokat nem mutatott, göröcső alatt az izomrostokat egészségeseknek találtuk, csak néhány esetben találtunk készítményeink gondos átvizsgálásakor helyenkint elvéve 1–2 egészen apró körülírt gőzocskát, melyek a Ribbert által emboliás myocarditisnél találtakkal mindenben megegyeztek.

A boncsolásnál különben — a vesékben néhány esetben található infarctusokon kívül — egyéb említésre méltót nem találtunk.

(Folytatása következik.)

A kir. magyar tudomány-egyetem I-ső számú seb-kórodájának közlései. Igazgató Dollinger Gyula egyetemi ny. r. tanár.

III.

Az exophthalmus pulsans traumaticus sebészi gyógykezelése a carotis communis egyoldali, illetve kétoldali alákötésével.

Közli: Bodon Károly tr. műtőorvos.

(Vége.)

Eseteinkkel kapcsolatban hasznosnak ígérkezett a szakbavágó irodalomnak áttanulmányozása, a végből, hogy beszámolhassunk arról, mikép a traumás úton létrejött exophthalmus pulsans gyógyítása körül mily eredményeket érhetni el a közös fejűtőér alákötésével.

Nagy hasznát vettem Sattler¹ kimerítő munkájának, a melyben az 1880-ig közölt összes esetek egybe vannak gyűjtve és kritikailag méltatva. A célunk megfelelően azonban a munkából csakis azon exophthalmus-eseteket választottam ki, a melyek trauma útján jöttek létre és a hol a közös fejűtőér alákötése végeztetett. Az 1880 óta közölt esetek közül szintén ugyanezen szempontból válogattam.

Oly traumás eredetű exophthalmus pulsans, a melynél egyoldali közös fejűtőér alákötés történt, a rendelkezésemre álló irodalomban összesen 58-at találtam (a mi esetünkkel együtt). Ezek közt az egyoldali közös fejűtőér alákötése után teljesen

meggyógyult	26	azaz	46%
javult	20	"	35%
nem javult	6	"	10%
meghalt	6	"	10%

A művi beavatkozást e szerint 80%-ban teljes gyógyulás vagy javulás követte. Oly eredmény, mely tekintve azon veszélyeket, a melyeknek a nem kezelt esetek ki vannak téve (folytonos kínzó fejfájás, a folyamat áttérjedése a másik szemre, a szem látóképességének elveszése glaucoma, pangásos papillitis vagy keratitis neuroparalytica által stb.) önmagában is felhárra, hogy a közös fejűtőeret lehetőleg korán alákössük. Igaz ugyan, hogy az exophthalmus tünetei önként is gyógyulhatnak thrombosis útján, de ez esetek egyrészt kivételesek, másrészt meg, mint azt Grósz² egy esete is mutatja, a szem látóképessége, a melyet a közös fejűtőér korai alákötése megmenthetett volna, elvesz. Az e dolgozatban tekintetbe vett 58 eset közt is van 6 olyan,³ a melynél a szem látóképessége a műtét daczára elveszett; a minek magyarázatul az kínálkozik, hogy ez esetekben hosszabb idő folyt le az exophthalmus jelentkezése és a lekötés közt, még pedig az első esetben 14 hét, a másodikban 5 hét, a harmadikban 16 hét, a negyedikben 4 hét, az ötödikben 1½ év és a hatodikban ismeretlen időtartam.

A halálozási arányszám (10%) határozottan magasnak látszik. De csak látszik, mert más képet nyerünk, ha megvizsgáljuk,

¹ L. Irodalmi jegyzék 1. sz.

² Irodalmi jegyzék 59. sz.

³ Irodalmi jegyzék 3., 4., 10., 23., 30. és 39.

hogyan volt ez esetekben a halálozás oka. Halálalal végződtek az irodalmi jegyzékben 8., 14., 20., 29., 35. és 45. sz. alatt felsorolt esetek. A halál oka gyanánt a 14. sz. esetben sepsis, a 29. és 45. sz. esetekben pyaemia, a 29. sz. esetben utóvérzés, a 35. sz. esetben utóvérzések és sepsis szerepelnek. Csak a 8. esetben ismeretlen a halál oka, mert boncolás nem történt. Tehát a halálosan végződött 6 eset közül 5-ben oly szövődmények okozták a halált, a melyeket kellő körütekintés és óvatosság mellett manap már a legnagyobb valószínűséggel elkerülhetünk.

Van azonban ez 58 eset között néhány, a melyekben az egyoldali fejtűőralakítás nem vezetvén kellő eredményhez, a szerzők még pótlóeljáráshoz voltak kénytelenek fordulni. Ezek a következők:

*Brainard*⁴ 34 éves erős férfiúnál 4 hóval a sérülés után alakította a bal közös fejtűőret. A beteg állapota kezdetben javult, de 1 év múlva rosszabbul van, mint volt a műtét előtt. Ezért tej-savas vasat feeskendett az exophthalmusba. Ez eljárás panophthalmist okozott, melyet a szem sorvadása követett. A beteg ezután fokozatosan teljesen meggyógyult.

*Legouest*⁵ 21 éves férfiúnál 8 héttel a sérülés után alakította a bal közös fejtűőret. Az eredmény negatív volt, sőt az exophthalmus tünetei rövid időn fokozódtak. A szerző ekkor alakította az ugyanazonoldali külső fejtűőret. A főbb tünetek azonnal enyhültek és 5 hóval a második lekötés után a beteg csaknem teljesen gyógyult.

*Betman*⁶ 23 éves férfiúnál alakította a bal közös fejtűőret. Kezdetben javulást észlelt, 10 nap múltán azonban újból jelentkeznek az exophthalmus tünetei és egy hóval az alakítás után az állapot olyan, mint volt a műtét előtt. Ezért újból alakította a bal közös fejtűőret. Az eredmény ismét nem tartós, a miért Betman tervbe vette az ellenoldali közös fejtűőret alakítását. A beteg megtagadta beleegezését.

*Lloyd*⁷ 29 éves asszonynál alakította a bal közös fejtűőret. A fejfájás azonnal megszűnt, objective zörejek alig hallhatók. Az állapot azonban csakhamar rosszra fordul, az exophthalmus újból növekedésnek indult, úgy hogy a másik szem veszélyeztettsége miatt — körülbelül félévvel az ítélekötés után — a bal szemet ki kellett irtani. Ezt gyors gyógyulás követte.

*Knapp*⁸ 48 éves nőnél leköti a bal közös fejtűőret. Az exophthalmus egy éven át lassan kisebbedik. Másfél évvel a műtét után az exophthalmus ismét igen nagyra nőtt és a szem látóképességét tönkretette. Enucleatio bulbi. Gyógyulás.

*Woodward*⁹ 1893. december 11-dikén alakította a bal közös fejtűőret. A fejfájás megszűnik. Az exophthalmus kisebbedik. Fúvózörejek néha gyengén hallhatók. A visus $\frac{5}{30}$ -ról $\frac{5}{15}$ -re javult. $2\frac{1}{2}$ hó múlva a beteg ismét érez fejfájást, de felfedezi, hogy ezt megszüntetheti, ha bal szemének belső zugánál az orrgyök felé nyomást gyakorol. Ezért Woodward 1894. májusában az arcus supraorbitalis körülötti tágtult edényeket leköti. A fejfájás megszűnik, az exophthalmus csökken. Juliusban a szem teljesen rendes. 1895. novemberében a szem teljesen ép. Sem injectio, sem duzzanat, sem exophthalmus. Stethoscoppal semmi fúvózöre sem hallható. A beteg feje teljesen szabad.

Az exophthalmus pulsans miatt végzett kétoldali közös fejtűőralakítás esetei sorában a mi esetünk a hatodik a világ-irodalomban.

Legelőször *Velpeau*¹⁰ akarta végezni 1839-ben, de a beteg nem adta beleegezését a műtéthez.

Az első tényleg végzett eset a *Buck, Gurdon Poland*-féle.¹¹ A két műtét közt 14 hó mult el. Az exophthalmus összes tünetei meggyógyultak, de a szem látóképessége elveszett.

A második a *Foot, Williams*-féle¹² eset. A két alakítás közt 30 nap mult el. Négy héttel később a beteg teljesen gyógyult. Látása is jelentékenyen megjavult.

⁴ Irodalmi jegyzék 9. sz.

⁵ Irodalmi jegyzék 18. sz.

⁶ Irodalmi jegyzék 44. sz.

⁷ Irodalmi jegyzék 40. sz.

⁸ Irodalmi jegyzék 43. sz.

⁹ Irodalmi jegyzék 57. sz.

¹⁰ Irodalmi jegyzék 7. sz.

¹¹ Irodalmi jegyzék 60. sz.

¹² Irodalmi jegyzék 61. sz.

A harmadik *Le Fort* esete.¹³ A két műtét közt 54 nap telt el. A gyógyulás minden irányban teljes lett. Másfél év múltán újból megállapítottatott a teljes gyógyulás.

A negyedik esetet *Reece*¹⁴ közölte. A rendelkezésemre állott referatumból nem sikerült megállapítanom, hogy mily hosszú időszak mult el a két műtét közt. Az eredmény Reece szerint alig számbavehető javulásban állott.

Az ötödik *Francke*¹⁵ esete. A két műtét közt 60 nap telt el. A beteg állapota fokozatosan javult. Egy évvel később az állapot már sokkal jobb, a beteg csaknem teljesen gyógyult.

Ez eseteket egybevetve a miénkkel, azon benyomást nyerjük, hogy a *carotis communis* alakítása mindkét oldalon nem oly veszedelmes beavatkozás, a milyennek látszik. A hat eset közül egyben sem történt semmi baj, sőt Reece esetét kivéve a többi vagy meggyógyult, vagy nagyfokban megjavult. Továbbá, hogy ha a második fejtűőret alakítása javasolt, a beavatkozással nem kell soká késkedni, mert a *Buck, Gurdon, Poland*-féle esetben, hol a második műtét 14 hónapig vártak, a szem látóképessége teljesen elveszett.

Az ellenoldali közös fejtűőret alakítása akkor válik szükségessé, ha a collateralis vérkeringés igen gyorsan fejlődik, úgy hogy szinte lehetetlenné teszi erős thrombosis létrejöttét.

* * *

Esetünknek még azon körülmény is kölesönöz kiváló érdekességet, hogy a második *carotis communis* alakítása daczára a zúgás és fejfájás csakhamar, alig két hó múlva visszatért és hogy a beteget csak a belső szemzug felső részén talált, tágtult látkető edénykaes lekötséje illetőleg részleges kiirtása gyógyította meg. Esetünk ebben hasonlít *Woodward* (l. c.) esetéhez.

Ez utóbbi körülmény kapcsán *Dollinger* tanár felveti azon kérdést, hogy nem volna-e lehetséges egyes esetekben tisztán a felső szemzug belső sarkában látkető edénytágtulat lekötséjével illetőleg részleges kiirtásával az ily betegeket meggyógyítani, annál is inkább, minthogy ez edénytágtulat csak kivételesen hiányzik az exophthalmus pulsans kíséző tünetesportból. Annak a lehetőségét, hogy a thrombosis ez alakítás helytől visszafelé, a sinus cavernosus felé folytatódhatik, nem lehet elvitatni.

Dollinger tanár el is határozta, hogy adott esetben először a kis edényt, a vena ophthalmicát fogja kiirtani annál is inkább, minthogy az a *carotis communis* lekötséjéhez viszonyítva, csak igen csekély beavatkozás számba mehet és csak ha ez úton nem ér el eredményt, köti le a közös fejtűőret.

A köztölt két eset tehát újabb bizonyíték a mellett, hogy az exophthalmus pulsans traumaticus sebészeti gyógykezelésével, ha a műtét idejekorán történik, a beteg látóképességét megmenthetjük sőt a legborzasztóbb szenvedésektől, a látkető fejfájást, a zúgást és az ezekkel járó álmatlanságtól megszabadíthatjuk.

Dolgozatombefejezéséül hálás köszönetemet óhajtom kifejezni mélyen tisztelt főnökömmnek, *Dollinger Gyula* tanár úrnak szakbavágó tanácsaiért és e közlemény anyagának szíves átengedéseért, valamint *Grósz Emil* magántanár úrnak az irodalom összeállítása ügyében nyújtott támogatásért.

Irodalmi jegyzék.

- ¹ *H. Sattler*, Handb. d. ges. Augenheilk. v. Graefe-Saemisch. VI. Bd. pag. 745. E műből vannak merítve a jelen jegyzék 2—35. sz. irodalmi adatai. ² *Travers*, Medico-Chir. Transact. Vol. II. p. 1. ³ *Dalrymple*, Ibid. Vol. VI. p. 111. ⁴ *Scott*, idézve *Busk* által. Ibid. Vol. XXII. p. 134. ⁵ *Busk*, Ibid. Vol. XXII. p. 124. ⁶ *Gervasi*, Intorno alla ligatura della Carotide prim. d. Spezzia p. 132. ⁷ *Velpeau*, Bulletin de Thérapeutique. T. XVII. p. 128. ⁸ *Pétriquin*, Comptes rendus de l'Acad. d. sciences, T. XXI. p. 994. ⁹ *Brainard*, The Lancet, 1851, Aug. 20., p. 162. ¹⁰ *Nunneley*, Medico-Chir. Transact. Vol. XLII, p. 168. ¹¹ *Curling*, Ibid. Vol. XXXVII, p. 221. ¹² *Van Buren*, New-York Journ. of Medicine, July. ¹³ *Halstead*, idézve *Noyes* által, New-York Med. Journ. March. p. 665. ¹⁴ *Bowman*, Med. Times and Gaz. Vol. II, Aug. 4, p. 107. ¹⁵ *Corner*, Transact. of Hunterian Soc. 1859. ¹⁶ *Hart*, The Lancet 1861, Vol. I, March 15. ¹⁷ *Greig*, Edinb. Med. Journ. Vol. VIII, Nr. 80, p. 446. ¹⁸ *Legouest*, Bulletin de l'Acad. Imp. de Méd. Octobre 1863, p. 156. ¹⁹ *Nunneley*, Med. Chir. Transact. Vol. XLVIII, p. 15. ²⁰ *Nélaton*, idézve *Délens* által, Thèse de

¹³ Irodalmi jegyzék 62. sz.

¹⁴ Irodalmi jegyzék 63. sz.

¹⁵ Irodalmi jegyzék 64. sz.

Paris, 1865. ²¹ Mackenzie, Brown, Traité prat. des maladies de l'oeil, Paris, T. III, p. 165. ²² Bell, Edinb. med. Journ. XIII July, p. 36. ²³ Laurence, Brit. med. Journ. 1867, Oct. 5, p. 289. ²⁴ Schiess, Gemuseus, Socin, Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, VIII, p. 56. ²⁵ v. Hippel, Schönborn, Arch. f. Ophthalm. Bd. XX, 1, p. 173. ²⁶ Niden, Klin. Mtbl. f. Augenhk. Bd. XIII, p. 38. ²⁷ Rivington, Med. Chir. Transact. Vol. LVIII, p. 183. ²⁸ Grüning, Arch. f. Augen- u. Ohrenhk. Bd. V, p. 280. ²⁹ Blessig, St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 31, p. 269. ³⁰ Hjort, Jahresb. über d. Leist. u. Fortsch. d. Opht. Jahrg. VIII, p. 350. ³¹ Czerny, idézve Sattler által, Handb. v. Graefe-Saemisch, Bd. VI, p. 836. ³² Walker, Essays in Ophthalmology, London, 1878, p. 101. ³³ Niden, Arch. für Augenhk. Bd. VIII, p. 127. ³⁴ Niden, Ibid. p. 133. ³⁵ Leber, Schlaefke, Graefe's Arch. f. Ophthalm. Bd. XXV, 4, p. 112. ³⁶ Wolfe, The Lancet, 1881, Nr. 23. ³⁷ Higgins, Brit. Med. Journ. 1881. ³⁸ Hoffmann, Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. XII, p. 263. ³⁹ Sklifasowsky, ref. Cbl. f. Augenhk. 1882, p. 388. ⁴⁰ Lloyd, The Lancet, 1882, Novemb. ⁴¹ Weiss, idézve Müller által, Halle Inaug. Dissert. 1891. ⁴² Lubrecht, D. m. Wochenschr. 1883, Nr. 35. ⁴³ Knapp, Arch. f. Augenhk. Bd. XIII, p. 375. ⁴⁴ Betman, ref. Cbl. f. Augenhk. 1884. ⁴⁵ Coggin, ref. Cbl. f. Augenhk. 1885, pag. 462. ⁴⁶ Haase, ref. Cbl. f. Augenhk. 1887, p. 60. ⁴⁷ Niden, Ibid. 1887, p. 217. ⁴⁸ Eckstein, Inaug. Dissert. Königsberg, 1887. ⁴⁹ Buller, ref. Cbl. f. Augenhk. 1888, p. 298. ⁵⁰ Hirschberg, D. med. Wochenschr. 1889, Nr. 15. ⁵¹ Müller, Inaug. Dissert. Halle a. S. 1891. ⁵² Pulvermacher, Cbl. f. Augenhk. 1892, p. 329. ⁵³ Walker, The Lancet, 1894, p. 191. ⁵⁴ Bronner, The Lancet, 1895, May 4. ⁵⁵ Dollinger, Orv. Hetilap, 1895, p. 212. ⁵⁶ Frank, Prager med. Wochenschr. 1895, Nr. 37. ⁵⁷ Woodward, Annales d'Oculistique, CXV, p. 282. ⁵⁸ Schimanowsky, ref. Arch. f. Augenhk. 1897, II. és III. füzet, p. 29. ⁵⁹ Grósz, Bemut. az orvosegyesületben 1895 márczius 30. ⁶⁰ Buck, Gurdon, Poland, ref. Sattler Handbuch v. Graefe Saemisch, Bd. VI, p. 790. ⁶¹ Foote, Williams, ref. Sattler I. c. p. 808. ⁶² Le Fort, Revue de Chirurgie, 1890, Mai et Juin. ⁶³ Reece, Transact. of the Americ. Ophth. Soc. XXIX. meeting. Jahrb. ü. Ophth. 1893, p. 457. ⁶⁴ Francke, Beitr. z. Augenhk. 1897. XXIX. füzet, p. 19.

Közlemény a szt. Rókus-kórház V. orvosi (Róna S. főorvos) osztályáról.

Adatok az uterus gonorrhoeájának kór- s gyógytanához.

Schultz Henrik dr. nőorvostól.

(Folytatás.)

Senki sem ragaszkodik az uterinalis gonorrhoeának ilyen vagy amolyan kezeléséhez s így bármely eljárást szívesen fogadunk, szívesen teszünk kísérlet tárgyává, a melylyel a cervicalis vagy uterinalis váladékban a gonococcusokat tönkre tehetjük s a nyákhártya épségét visszaállíthatjuk, hogy így a fertőző képességet megszüntessük s a betegnek teljes gyógyulását elérhessük. Nem helyeselhetjük azonban azt, hogy ha valaki, mint pl. Behrend elítéli az eddigi kezeléseket s nem ajánl helyettük jobbat.

Behrend álláspontja ugyanis azon újabb felfogás ellen irányul, a mely a gonococcusok elpusztítását tűzte ki célul, természetesen oly szerekkel s oly módon, hogy a kankósan megbetegedett szervnek illette szöveteinek ne ártsunk. Elítéli tehát az újabb alkalmazásba hozott gyógyszereket, nevezetesen az argentum-készítményeket, a melyekről pedig tudjuk, hogy a gonococcusokat úgy a kultúrában, mint az élőben leggyorsabban s legbiztosabban teszik tönkre. Azon körülményt pedig, hogy az argentum-készítmények egymást váltják fel s hogy újabb s újabb alakban kerülnek a gyógyítás szolgálatába, csak természetesnek s helyesnek kell tartanunk, hogy így idővel sikerüljön oly gyógyszert találni, a melylyel jobb eredményt tudunk elérni, mint elődjével.

Behrend ezzel szemben nem a gonococcusokat kívánja tönkre tenni, hanem ezektől eltekintve, a nyákhártyát akarja csak gyógyítani, a mely célra bármely adstringens szert megfelelőnek tart. Ezen álláspontját azzal erősíti meg, hogy a sublimat, mint legrégebbi antiseptikum cserben hagyott a gonorrhoeával szemben, jelöl annak, hogy a kultúrákon elért eredmény nem felel meg az élőben tett tapasztalatoknak. Ezen utolsó kijelentését nem vonhatjuk kétségbe, sőt részemről is megerősíthetem azt, hogy nekem sublimattal nem igen sikerült gonorrhoeát gyógyítani s ha igen, csak hosszabb idő múlva. Ezen tapasztalatra a gonorrhoeás vulvo-vaginitis kezelésénél jutottam, a melyek közül sokkal gyorsabban s biztosabban gyógyultak azok, a melyeket argentammal, mint azok, melyeket sublimattal kezeltem, pedig utóbbit bővebben alkalmaztam. Nem szabad azonban Behrendnek szem elől tévesztetni azt, hogy az argentum-készítmények egyformán beváltak úgy a kultúrában, mint az élőben, e tekintetben tehát nem kifogásolhatók úgy, mint a sublimat.

Nemesak az adstringens szereket tartja Behrend jóknak a gonorrhoea gyógyításánál, hanem határozottan állítja, hogy a férfikankó rövid idő alatt teljesen meggyógyul nyugalom mellett, jeges borogatástól, a húgycsőbe fecskendezett jeges víztől s gyenge adstringens gyógyszerektől.

A jeges borogatás alkalmazása, mint lobellenes gyógyítás már régen ismeretes, és ennek jó hatása kétségen kívül érvényesül a női gonorrhoeánál is. Több esetben volt alkalmam gonorrhoea kapcsán fellépett heveny adnexmegbetegedésnél meggyőződni arról, hogy 6–8 heti fekvés alatt nemesak a lobos folyamat szűnt meg, hanem az urethrában s cervixben előbb kimutatható gonococcusok is eltűntek, sőt többször a váladék is feltisztult s az egész idő alatt nem történt más, mint hogy a beteg állandóan jégtömlőt alkalmazott hasára. A jégtömlő alkalmazásával elért ezen eredmények alapján kísérletet tettünk a kórházi anyagon is s pedig akként, hogy a Heitzmann-féle hüvely hűtőkészüléket kombinálva a jégtömlővel naponként kétszer 1–1 óráig alkalmaztuk, de ezen kezelés nem volt általánosítható, mert nagy személyzetet, sok műsért s még több türelmet igényel a beteg részéről. A kísérlet elég bátorító volt, csak nem volt alkalmunk elég sok esetben kipróbálni, mert nem igen vállalkozott beteg arra, hogy heveny lob hiányában ágyba fektüdjék s így ezen célszerűnek ígérkező eljárás hajótörést szenvedett a kivihetlenségén. Azt hiszem, hogy a férfikankónál is hasonló nehézségek lesznek, miután nem igen hihető, hogy egy férfi complicatio nélküli húgycsőkankóval kórházba menjen vagy ágyba fektüdjék több hétre. A nem complicált gonorrhoea gyógyításánál tehát gyakorlatilag kivihető eljárásról kell gondoskodnunk.

A hüvelyhűtőt s jégtömlőt 8 esetben alkalmaztuk s pedig 5 cervicalis és 3 uterinalis gonorrhoeánál. A cervicalis gonorrhoea 5 esetében eltűntek a gonococcusok a fenti eljárás 40–50 alkalmazása után, bár a klinikai tünetek nem mindig fejlődtek vissza, a 3 uterinalis gonorrhoeából ugyanily számú kezelés mellett azonban csak 1-nél tűntek el a gonococcusok, kettő pedig gyógyulatlanul hagyta el a kórházat. Mint fentebb említém, ezen eljárást a betegek nem vették szívesen s így nem is alkalmazhattuk elég hosszú ideig. A hidegnek hatása kétségtelen a gonococcusokra, tudjuk, hogy ebben könnyen tönkre mennek, a hideggel való gyógyítás tehát plausibilis s így Behrend akaratlanul a gonococcusok ellen is küzd, midőn férfikankónál a jeges borogatást alkalmazza.

A gonorrhoeának azonban spontán gyógyulása sincsen kizárva s különösen Bröse bízik ebben. Senkisémet kételkedik abban, hogy vannak esetek, a melyeknél idővel minden kezelés nélkül is eltűnnek a gonococcusok. A kórházi anyagunkban 5 oly cervicalis gonorrhoeát láttam, melyeknél minden kezelés nélkül is eltűntek a gonococcusok a cervicalis váladékból, a nem is hosszú ideig tartó kórházi tartózkodás alatt.

A gonorrhoea gyógyításánál teljesen tárgyilagosak akartunk lenni s így minden eredményesnek látszó eljárást megkíséreltünk. Minden localis kezelés helyett sublimat hüvelyirrigatiót s massage-t végeztünk azon reményben, hogy a gonorrhoea gyógyulását talán ily enyhe eljárással is elérhetjük. Ilyen kezelésben részesült összesen 10 beteg s pedig 9 cervicalis s 1 uterinalis gonorrhoeával. A kezelés 4–5 hétig tartott naponként, a mi meglehetősen nagy feladatot képezne oly nagy kórházi anyagnál, mint az V-dik orvosi osztályé, a hol átlag 120 beteg fekszik állandóan. Ezen kezelés mellett a 9 cervicalis gonorrhoea közül eltűntek a gonococcusok 5 esetben, 4 esetben pedig gyógyulatlanul hagyta el a beteg a kórházat, az 5-dik beteg volt az uterinalis gonorrhoea esete, a ki szintén gyógyulatlan maradt.

Az uterinalis gonorrhoea elleni gyógyítási eljárások befejezésül a localis kezeléseket következnék, a melyek uterus gonorrhoeánál intrauterin kezelésben, cervicalis gonorrhoeánál részben intrauterin, részben intracervicalis injectiókban, vagy edzéseken állottak. A kezelés hetenként kétszer történt, az intrauterin injectiókat felváltva, az esetek kiválogatása nélkül 4% protargollal, acet. pyrolignosummal, 5, majd 10%-os argentum nitrattal s végül 10%-os argentammal végeztük. Kísérletezés céljából karoltuk fel ezen négyféle gyógyszert, hogy láthassuk, melyikkel érhetünk el több eredményt az uterinalis gonorrhoea gyógyításánál. Az argentamint ugyan kipróbáltuk már, de az

argent. nitricummal párhuzamosan akartuk hatását megfigyelni. A protargolt pedig újabban Neisser ajánlotta, mint igen jó hatású szert, férfi gonorrhoeánál, a növényssavak közül pedig a tejsavat ajánlották ugyan, de mi az acid. pyrolignosum rectificatumot tettük kísérlet tárgyává. A kezelés keretébe tartozik annak felemlítése is, hogy csoportosan végeztük ugyan azt, de minden kezelés előtt minden műszert kiégettünk spirituslángon.

A kezelést a betegek rendszeren jól tűrték, csak az első intrauterin injectio után volt néhány órai fájdalom azon eseteknél, a hol a belső méhszáj kissé szűkebb volt, de a későbbi injectiokat ezen betegek is jól tűrték. Azon betegeknek, kiknek belső méhszája elég tág volt, éppen semmi, vagy csak igen kevés reactiot tapasztaltunk, még akkor is, ha adnexmegbetegedés volt jelen. Ezen tényeket már multkori közleményemben is említettem s itt csak azért ismétlem meg, mert utóbbi időben két helyről történt közlés, a mely szerint az intrauterin injectiok fájdalmasságuk miatt kivihetetlenek. A 200-as csoport betegein közel 2000 intrauterin injectiot végeztünk, s a 200 eset közül csak 10 esetben voltunk kénytelenek a kezelés után beállott fájdalmasság miatt az injectiokat abbahagyni s ezek közül kettőnél perimetritikus exsudatum is fejlődött ki, mely azonban néhány hét múlva teljesen felszívódott. Ennyi volt az intrauterin injectiok rovására írható hátrány, mely ha ennél nagyobb lett volna, vagy ha az injectiokat oly nagy fájdalmasság kísérte volna, a melyet mások emlitenek, akkor bizonyára első sorban Róma főorvos állott volna el az intrauterin injectiok folytatásától. Volt betegünk, a kinél egy folytában 29 intrauterin injectiot adtunk, ez volt ugyan a legmagasabb szám, de az már nem tartozott a ritkaságok közé, hogy 20, sőt 20-on felül is kaptak injectiot, a nélkül, hogy kellemetlen mellékhatást tapasztaltunk volna.

Az intrauterin kezelésnek egyik mellékhatásaként említik a fájdalmasságon kívül azt is, hogy így a cervicalis gonorrhoeát az uterusra könnyen átvihetjük. Ugyanez megtörténhetik akkor is, ha az uterusba műszert vezetünk váladék vétel céljából. Ha ezen veszély tényleg fennállana, akkor valóban meg kellene gondolnunk, hogy adjunk-e intrauterin injectiot s hogy vegyünk-e váladékot az uterusból, a mi nélkül pedig az uterus gonorrhoeát diagnosztizálni lehetetlennek tartom. Ezen kérdés megvilágítására, azt hiszem, szintén felhasználhatjuk azon betegeket, a kik ismételve voltak kórházban (az I. csoportban).

Ezen betegek között tényleg volt három oly betegünk, a kiknél első ízben csak a cervixben találtunk gonococcusokat, s második alkalommal már az uterus váladékában is. Ezen esetekre tehát reáfoghatnók, hogy az első alkalommal végzett kezeléssel vittük át a gonococcusokat a cervixből az uterusba, de ezekkel szemben volt azután 14 betegünk a II., IV., VII. s VIII. csoportnak betegei közül, a kiknél első ízben a cervicalis gonorrhoea volt uterus gonorrhoea nélkül s így jöllehet kezelés is történt s az uterusnak váladékát is vizsgáltuk, a második alkalommal még sem volt uterinalis gonorrhoea, a mire részben az uterus váladék negatív vizsgálatából, részint abból következtettünk, hogy másodszor a cervicalis váladék górcsövi vizsgálata is negatív volt. Ily körülmények között fel lehet tennünk, hogy még az esetben sem segítjük elő a gonorrhoea tovaterjedését, ha az uterusból váladékot veszünk, azt hiszem azonban, megfelelően az általunk gyakorlott eljárásnak, ezen manipulatio után egyszersmint intrauterin injectiot is kell adnunk. Megnyugtató körülmény az, hogy az intrauterin injectiokkal a betegnek e tekintetben nem ártottunk, még ha a fenti 3 esetet ennek rovására írónok is, pedig kis jóakarattal ezekről is fel lehet tennünk, mint több másról, a hol semmi kezelés nem történt, hogy a gonorrhoea a kezeléstől függetlenül terjedt át az uterusra, vagy inkább a kezelés daczára is.

Ezek után csak azon kérdésre kell még válaszolnunk, hogy tehát mit használhatunk az intrauterin injectiókkal? Erre vonatkozólag külön csoportba foglalom a cervicalis, s külön csoportba az uterinalis gonorrhoeákat, ezenkívül pedig csoportosítani fogom a betegeket az intrauterin injectiókra használt szerek szerint is.

A betegek közül csak azon eseteket csoportosítom, a kiktől pontos feljegyzéseink vannak, s így a 200-as csoportban 81 oly kéjő volt, a ki intrauterin injectiot kapott, jöllehet csak cervicalis gonorrhoeájuk volt. Ezen betegeknek ötnek kivételével a kezelés folyamán eltűntek a gonococcusok a cervicalis váladékból, azaz a cervi-

calis váladék górcsövi vizsgálata 3-4-szer negatív volt, az öt esetben pedig XII., XII., IX., IX. s XIII. intrauterin injectio után is még voltak gonococcusok a cervix váladékában, mint gyógyulatlanok hagyták el tehát a kórházat. A gyógyult cervicalis gonorrhoea eseteinél adott legkevesebb intrauterin injectio 6 volt, a legtöbb pedig 18, a mi után a gonococcusokat már nem tudtuk kimutatni.

Uterus gonorrhoeával mind az e csoportba tartozó 76 kéjő kapott intrauterin injectiókat, s ezek közül 53 betegnél eltűntek a gonococcusok úgy a cervicalis, mint az uterinalis váladékból, 23-nál azonban a gonococcusok még kimutathatók voltak, jöllehet XV-XXIX-ig terjedő, tehát nagyszámú intrauterin injectiot kaptak, míg a gyógyultaknál legkevesebb 9 s legtöbb 18 intrauterin kezelésre elértük a hatást, a gonococcusok eltűnését.

Úgy látszik tehát, hogy bizonyos számú intrauterin injectio célra vezet a megfelelő esetben, de az uterus gonorrhoeának makacs eseteiben egy folytában az intrauterin injectióknak nagy számával sem tudunk gyógyulást elérni. Ezen betegek között azonban voltak olyanok is, a kik gyógyulatlanul hagyták el ugyan a kórházat, de újabb felvételüknek náluk gonorrhoeát nem találtunk. Ezen néhány eset kapcsán kíváncsnak látszik, hogy oly makacs gonorrhoeánál, melynél már bizonyos számú, pl. 15 intrauterin injectiot eredménytelenül adtunk, a kezeléssel szüneteltünk s egy idő múlva, ha még szükséges, újból kezdjük azt. A mi eseteinkben az uterus gonorrhoeának csak mintegy 70%-át tudtuk meggyógyítani egyszeri kórházi tartózkodás alatt, 30%-ot pedig gyógyulatlanul hagyta el a kórházat. A gyógyulatlan 23 uterus gonorrhoea mellett több volt ugyan aránylag az adnexmegbetegedés, de ezt még sem vehetjük fel okul, miután adnexmegbetegedés nélkül is volt 11 gyógyulatlan betegünk, hanem talán inkább azt tehetjük fel, hogy ezen gyógyulatlan betegeknek a gonococcusok az uterus szövetének mélyébe is annyira behatoltak már, hogy gyógyulásuk e miatt szenvedett hajótörést.

(Folytatása következik.)

Viszontmegjegyzések Hüttl Hümér dr. „A magas hólyagmetszés” cz. dolgozatára tett észrevételeire.

Irta Borbély Samu dr. műtő.

Az „Orvosi Hetilap” jelen évi 1. és 2. számában Hüttl Hümér dr. egyetemi szaksegéd bírálat alá veszi az ugyancsak az „Orvosi Hetilap” mult évfolyamának 50. és 51. számában megjelent, a magas hólyagmetszésről írt dolgozatot s a „sebészettel különösebben nem foglalkozó orvostársainkért” teszi ezt. Miután ezen elmondottakkal nem mindenben értek egyet, kötelességemnek tartom ez észrevételekre nézve hasonló szempontból megjegyzéseimet elmondani. Igazán ez az oka, hogy Hüttl dr. tölem észrevételeire e megjegyzéseket kapja.

Mindenekelőtt elismerem, hogy dolgozatom másolásánál, de a szedésnél is csúsztak be hibák.

Hogy legjobb akarat mellett is előfordulnak hibák a másolásnál is, a szedésnél is, látható ez H. dr. észrevételeiből is.

E kijavításokra csak annyit még, hogy a de Petzer-katheter hasonlóan ugyan a Malicot-éhoz, de megjegyezni bátorodom, hogy az ettől némileg és fontos előnyökben különbözik. Megjegyezni bátorodom még azt, hogy a Poncet neve nem szedődött hibásan Pousson-nak, mert Pousson volt, a ki a cystostomia és cystotomia elkeresztelését adta.

„Archigenes die Operation vorgeschlagen haben soll, doch habe ich sonst nichts darüber finden können” mondja Petersen s kifogásolja H. dr. azon állításomat, hogy a „műtétet Archigenestől eredőnek véli” s Petersen erre adatot nem talál, az felfedezni nem tudta, egyebet róla nem talál.

A bambergi relíeffépré megjegyzem, hogy H. dr. nem igaz állítást ad tollamra. En szösz szerint ezt írtam: „mint történelmi tény emliti meg Antal, hogy a bambergi domban egy relíeffépré van, melyen az a kép van megörökítve, midőn II. Henrik császáron (1002-1024) a monte casinói hegyen magas metszést végeznek”. Ezt így reprodukálja H. dr. „a negyedik pontban elmondja H. dr., hogy a bambergi székes egyházban van egy dombormű, mely azt ábrázolja, midőn II. Henrik császáron a Monte Cassino kolostorban (tehát nem a monte casinói hegyen) magas metszést végeznek”. Jellemző reproductio ez! mert noha H. dr. még a legkisebb nyomdai hibát is mind nekem tulajdonítja, megengedi magának azt, hogy az én tollamra ad szántsándékkal hibásan írt nevet a Monte Cassinot (ugyan hol írtam ezt én így?), a mit még megdupláz azzal, hogy a Szt. Benedek kolostorát nevezeti el velem így!

Egy bírálatnak az igazság kiderítése a célja, hogy derüljön azonban ez ki, mikor a bíráló nem áll solid alapon?

Arra nézve, hogy mikor készült ez a sarkophag, ki sem kellett terjeszkednem, mert én, a helyett, hogy a mű készítésének idejéből, a műtét ismeretőségének lehetőségéből, bírálatot mondanék, úgy végzem

ezt a kikezdést „azonban Roth odavaló orvos ezt egy urethralis kő excisiójának nézi, nem pedig sectio altanak”. Hát kérem, az Antal hibás állítását (a mit ugyan ő is mástól vett át) nem heraldikai discussioval, hanem egy szakértő és szemtanú állítása után javítom ki.

A „szabadlőc” rossz fordítása Zuckerkandl „Freischütze”-nek, de miért nem kívánja H. dr., hogy ezt katonának vagy tengeri rablónak nevezzem, hisz mint H. dr. is mondja, Petersen katonát emlit, Schmidt Hugó plane a tengeri rabló névvel ruházza fel a patient. Igazán, kár volt ezzel oly futólag elbánni, mert „a sebészettel különösebben nem foglalkozó kartársainknak” mily meritalis hasznuk lenne abból, ha biztosan kimutatódott volna, hogy hát voltaképpen micsoda hibátlan ember is volt ez?

En nem vitatom, hogy Peter Franco szükségből-e vagy jókedvűből végeztet sectio altat, csak annyit irok, hogy „Peter Franco egész biztosan használja e műteti modort”, a mit H. dr. meg is czáfol e mondásával „egyetlen egyszer végezte, mikor a szükség kényszerítette reá”. Tehát végezte és biztosan végezte.

A német sebészek magdeburgi ülésén tényleg Bergmann volt az, a ki nemcsak örömmel üdvözölte a sectio altat, hanem egyéniségének egész súlyával a magasmetszés mellett volt. Tényleg tehát Bergmann az, ki a német sebészek között felelevenítette a sectio altat s hogy a meggyökeresedésében Volkmann-nak is volt része, ezt nem vitatom. Megengedem, hogy a Bergmann ajánlását Volkmann csak tódította,¹ de ennek dacára, a magas hólyagszűrés, mint egyedüli létjogosultságú húgykőműtét nem a Volkmann nevéhez fűződik, hanem a Bergmann-éhoz. Tessék csak a német szerzőket — különösen a német sebészek gyűléseiről kiadott jelentéseket — olvasgatni, tessék csak a német sebészekkel e tárgyban beszélgetni, meg fogja látni, hogy igazam van.

Észrevételözött a Trendelenburg-féle keresztmetszésről adott leírásom is, ám jó, furcsa, hogy az nem kifogásolódik, hogy ezt voltaképpen nem is Trendelenburg csinálta legelőbb, hanem Franc 1835-ben s mégis a Trendelenburg nevéhez fűződik az egész. A mit H. dr. erre a metszésre mond, a mivel az én állításomat lerontani igyekezik, szószentíre idézem a magaméval együtt. En ezt írtam: „Trendelenburg keresztmetszést végez s így parallel s nem reá vág a peritoneum le-
hajtatására.” Mit mond erre H. dr.? „mert ő a fanívvel párhuzamosan metsz be, vagyis harántul a test hossz tengelyére”. Ezzel igaz, hogy oly alaposan leczáfol engem, hogy nekem a legnagyobb ékesszólásom sem tud annyit bizonyítani állításom mellett, mint H. dr. fenti mondása! Hisz én mit mondtam? nem ezt?

Térjünk át a H. dr. által érthetetlen részre.

Hogy a vakon követés hogyan szüli azt a nagy mortalitást, a mit nem egyszer s nem egy alakú, hamar felkapott orvosi eljárásokkal szemben tapasztalunk, azt, azt hiszem még a „sebészettel különösebben nem foglalkozó” kartársaink is hamar bizonyíthatják, ha a mai modern és sokszor minden alapot nélkülöző kezelési modorokat áttekintik. Ehhez sok commentar nem kell!

Hogy milyen a hólyag vagy prostata hátrafelé való vérzése, milyenek ennek tünetei, hogy kínlódik egy ilyen beteg, kinek hólyagja vérrrel telt, milyenek azon kínzó stranguriák, engedelmet, szakembernek ezt magyarázni nem kell. Milyen az ex vacuo²-vérzés, az, ha másképp nem, kikombinálható a physika alapján.

Csodálatos, hogy H. dr. a peritoneum megsértésében sectio altanál nem lát veszélyt! Pedig látott is, végzett is magas hólyagszűrés! Engedelmet kérek, hogy bátorodom megkérdeni, az a sepsis mellett mire méltóztattak nagyon ügyelni akkor, mikor a praevicalis térhez közeltek?

En még mindenütt azt tanultam, de a gyakorlat is megerősített abban,³ hogy mégsem egészen közömbös valami a peritoneumnak a magas metszésnél való megsértése!

Első író, ki a peritoneum ilyenkor való megsértésében nem lát veszélyt: ezzel talán azt akarja kimutatni, a mit Kovács tanár a „Gyógyászat” 1887-dik évfolyamában olyan szépen kifejtett, hogy a peritonealis sérülés ma, az a sepsis korában már nem oly veszélyes, mint régen; ezt én is elismerem. De azért mégis kár volt a peritoneum megsértésének veszélyét épen a „sebészettel különösebben nem foglalkozó” kollegáinként oly be nem láthatóan kinyilvánítani!

A mi az érthetetlen s a végbél ellennyomásával való számolást illeti, engedelmet kérek, hogy megkérdezhessem, látott-e H. dr. Petersen-féle tamponadot úgy végezni, hogy csak a hólyag s a végbél ne töltessék ki? én nem láttam. Nincs-e benne a Petersen-féle tamponad fogalmában az az eszme, hogy a hólyaggal a végbél is töltetik? elképzelhető-e üres végbél (mert tudtommal sectio alta előtt ez mindig kiüresítették) mellett ellennyomás annak részéről. Mennyi vizet, vagy nem bándom levegőt lehetne bepréselni a hólyagba, hogy az az üres végbél részéről úgy nyomassék, hogy abban kár legyen, jóval előbb fog az kipukkadni!

Megint vissza kell térnünk a keresztmetszésre. Ismét H. dr. szavait kell idéznem. H. dr. ezt mondja: „Tudom, hogy a hasfalon ejtett harántmetszések ellen érv gyanánt felhozzák, hogy sérvhez vezetnek és elismerem, hogy a pontos egyesítés ezt kizárja, nota bene, ha utána prima reunio következett be. De nem fogadhatom el, hogy „a helyes kemény tamponálás” is megtenné ezt, mert heg keletkezvén, az többé-

kevésbé táguékony.” Értsük meg jól ezen észrevételt! A sérvnek H. dr. szerint a heg az oka, mert ha prima intentio nincs, heg keletkezik. H. dr. ezen okoskodását nem fogadhatom el. Nem pedig azért, mert „a sebek gyógyulása mindenütt kötőszövetképződés útján jó létre”. Valósággal csupán két út van, melyen a sebek gyógyulnak: az elsődleges érintkezés és a másodlagos érintkezés vagy sarjadzás. Ez a két mód csupán a kereksejtű beszűrődés mennyiségében különbözik, a mi azokra jellegző. Különös elővigyázattal a sebszövetek azonnal összehúzóhatók a nélkül, hogy megszáradás végett nyitva hagyatnának. Azon esekély szövet, mely metszett sebeknél áldozatul esik, felszívódik. Ezen ideiglenes egyesülést most már maradandó fogja helyettesíteni, ez egyszerűen új kötőszövetből áll. „Felcették, hogy a szövetek minden közbeeső anyag nélkül egyesülnek, valószínűleg ez sohasem történik”, nem lehet határt vonni az elsődleges érintkezéssel történt egyesülés és a sarjadzó felszínnek egyesülése között.¹

Láthatja H. dr. e kis szemelvényből is, hogy prima reunio alkal-mával is keletkezik heg, csak hogy az, mivel „a sebfelszínnek izgatása a legesekélyebbre van leszállítva, úgy erejét, mint tartalmát tekintve, akkor a lobos izzadmány mikroszkopikus mennyiségű lesz”, a mi a secunda intentioról el nem mondható; nagyon természetes tehát, hogy mivel a heg „hosszú évek folyamán inkább és inkább hasonlónak lesz az ép szövethöz”, sokkal hamarabb lesz egy vékony heg hasonlónak, mint egy vastag, illetve széles, de az „izmok és idegek újraképződése már másodlagos jelenség”. Engedelmet kérek e hosszú idézetekért, de ezek után szembeszökően látszik az, hogy H. dr. a „sebészettel különösebben nem foglalkozó” kollegáim érdekében, e lap tisztelt olvasói számára mily hamis okoskodást eresztett útnak a mondásával, a mit fentebb szószentíre idéztem. Nem a hegesedés hiánya okozza tehát azt, hogy prima intentiora a sérv ritkábban lép fel, mint a másodlagos gyógyulásra, nem is a heg táguékonyaságáért van ez, mert hisz a heg „végre halványabb lesz a rendes bőrnél, mert a heges szövet zsugorodik”, tehát kisebbedik, rigidde lesz, s nem ptyögösödik el soha! Nem ezek a sérv okai, a mit H. dr. mond, hanem az, hogy a hasfal teljes, solid, annak egész átmérőjébeni egyesedése nem történik, annyival inkább, mert az izmok a keresztmetszés után összehúzódnak s egy tátonyó ír jó létre, tehát itt egy locus minoris resistentiae lesz, mely nem bírja ki az intraabdominalis nyomást, tehát ennek leggyengébb pontján a sérv meglesz. Meglesz pedig úgy, hogy vagy közvetlen a műtét első napjaiban tolu ki a még frissnek nevezhető sebet, vagy pedig, hogy akár a heg, akár pedig az egyenemű folytonosságában megzavart izomréteg egyszerűen bereszketik az intraabdominalis nyomás folytán. Ezt pedig erőmütanilag is be lehet bizonyítani.

A solid s a hasfal egész átmérőjére kiterjedő kemény tamponadnak ép az a célja, hogy a hasfal egész átmérőjébeni egyesülése jöjjön létre, úgy hogy a tampon mintegy ellenállást fejtson ki az intraabdominalis nyomásnak s azt le is győzze, ha a prima intentio nem sikerül vagy a hasfal varrása contraindicált: ezért ajánlja ezt Israel oly melegen s ezért viszi keresztül oly gondos figyelemmel, annyival inkább, mert ily esetekben a seb tátonyása még nagyobbá teszi a locus minoris resistentiaet.

Nem bándom, ugorjunk át a hindukon, a Meudonból szabaduló rabon. „Sajnosan nélkülözök e cikkben több igen fontos adatot, melyek minden kézikönyvben ép oly könnyen feltalálhatók” írja H. dr. s észrevételezi, hogy „szűkösen bántam el azon magyarokkal, kiknek szintén adatott, hogy ezen kérdés irodalmához hozzájáruljanak”. Kérem, kijelentem itt azt, hogy senkit sérteni nem akarok, érzékenységet senkinek sincs szándékomban felkelteni, a mi nagyjaink mellett jónak láttam fel-
említeni azokat, kiknek mégis jutott valami érdem a sectio alta fejlesztésében s még sem oly könnyen hozzáférhetők, mint a hiányzó adatok, melyek H. dr. szerint is „minden kézikönyvben ép oly könnyen feltalálhatók”.

Érdekes, hogy H. dr. mikép értelmezi Kovács professzor nézeteit. Ennek bebizonyításánál a Gyógyászat 1883-dik évfolyamából vett idézetekre támaszkodik. Ez idézetekre megjegyezni bátorodom, hogy a Gyógyászat 1883-dik évfolyamában Kovács professornak egyetlen egy dolgozata sincs, ott tehát a „sebészettel különösebben nem foglalkozó” kollegáim ne is keressék.

Vegyük elő Langenbeck Archivját, itt a harminczhatodik kötet 434-dik lapján szószentíre ezt írja Kovács: „Der idealste Schnitt fesselt den Kranken ans Bett, und die beste und minutöseste Antisepsis hat bei vielen unserer Herren Collegen die Phlegmone der Bauchdecken nach der Sectio alta nicht verhindern können, und wenn man dieser Thatsache diejenige gegenüberstellt, dass Kranke nach der Lithotripsie auch sofort das Bett, und in wenigen Tagen auch das Spital verlassen können, dann braucht man wohl nicht darüber in Zweifel zu sein, welche die vortheilhaftere Operationsmethode ist.” Majd ugyane lapon így ír Kovács „auch nach dem Schnitt sind Recidiven nicht ausgeschlossen, und ist ja wiederholte Lithotripsie auch von keiner so grossen Bedeutung als eine einzige Laparotomie.”² No hát kérem, ha még ehhez hozzá vesszük azt, hogy Kovács a Gyógyászat 1887-dik évfolyamában kimondja azt, hogy ha „a gát térbeli dimensioi nem is engedik a seb tágitását, úgy semmi sem akadályozhat meg abban, hogy egy közézőval ne menjünk be a kész nyíláson, fogjuk meg a követ és zúzzuk szét oly darabokra, a minők ezután a sebet át kifernek” s elmondja azt is, „én a kő nagyságát akadályul a zúzás kivételénél nem tekintem és nincs oly nagy és kemény kő, melyet ne zúzással akarnék eltávolítani, ha a rendelkezésemre álló eszközben

¹ Ezen tódítását azonban később vissza is vonta.

² Furcsa érthetlenség ez, hisz már a katheretismusnál is mily szoros szabály az, hogy a hosszabb ideig tartó retentionál s a hólyag nagyfokú teltségénél a vizeletet nem szabad egyszerre kifolytani engedni, hanem apródonként tegyük azt. Ennek is az oka az az érthetetlen ex vacuo vérzés!

³ Mert hát végeztem én is öt és egynehány sectio altat.

¹ Druitt's Vademecum. Ford. Bakó.

² A kicsi szöveg itt van. Kovácsnak nem minden, csak egy munkájából van idézve. Itt meg méltóztatik találni.

garantiát látok arra, hogy ez szándékom kivételénél eszerben nem hagy". Ezekkel tehát Kovács a magasmetszés, mint köeltávolító modor egy igen-igen nagy érvét dönti halomra s ha meggondoljuk még azt, hogy daczára annak, hogy H. dr. szerint Kovács kijelenti azt, „hogy ha az urak anatomikus ismereteik alapján átvizsgálják, hogy mily képleteken megy keresztül a sebzés a részkészítésnél a gáton és mily képleteken a symphysis ossium pubis felett, akkor egy pillanatra mondhatják, hogy a symphysis feletti metszés észszerűbb¹ s ezen észszerűsége daczára 237 hügykőműtétből két esetben használta e műteti modort: alig hiszem, hogy e lap igen tisztelt olvasói közül akadna egy is, a ki H. dr.-nak „Herkulesre” kijelentett mondasából azt látna be, hogy én nem értettem meg Kovácsot. Ezekből az látszik ki, hogy H. dr. mindenkép észrevételeket akart írni s azokat meg is írta.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

A budapesti kéjnök statistikájához.²

Főnököm, Róna főorvos úr megbízásából állítottam össze ezen osztályunkon orvosolt kéjnökre vonatkozó adatokat. Tudunkkal Magyarországban nem készült hasonló egy városból sem, pedig szükségesnek tartanók, hogy a következőkben tárgyalandó pontok máshol is, úgy a fővárosban, mint az egész országban megvilágíttatnának. A következő kérdések feleletére törekedtünk:

1. A budapesti bejegyzett kéjnök közül hány került betegre osztályunkra? a) Hány bordélyos? b) Hány magánlakó? c) Hány futóbárczás?

2. Az újoncz kéjnök honnan kerülnek ki? a) Milyen nemzeti-ségűek? b) Milyen vallásúak? c) Hány évesek? d) Milyen foglalkozásuk volt azelőtt? e) Milyen foglalkozásuk volt, illetőleg van a szüleiknek?

3. Mi volt az oka annak, hogy a prostitutio karjaiba dőltek?

4. Milyen betegségekkel jöttek az osztályra? a) Hány syphilissel és pedig I., II., III. stadiumban? b) Hány gonorrhoeával? c) Hány sankerrel? d) Hány syphilissel és gonorrhoeával? e) Hány syphilissel és sankerrel? f) Hány gonorrhoeával és sankerrel? g) Hány syphilissel, gonorrhoeával és sankerrel?

5. A kéjnök megbetegedési aránya classisuk szerint. a) Hány bordélyos jött luessele? b) Hány magánlakó jött luessele? c) Hány futóbárczás jött luessele? d) Hány bordélyos, magánlakó vagy futóbárczás szerezte a syphilist a beiratkozása előtt vagy után és mikor? e) Hány bordélyos, magánlakó vagy futóbárczás szerezte a gonorrhoeát a beiratkozás előtt vagy után és mikor?

6. Hány recens luesnél észleltünk primaer laesiot?

7. A venereás betegségek milyen complicatiók által kísértettek? a) Syphilis (idegrendszer, szem, izület stb. megbetegedése). b) Sanker (bubo és melyik oldalon). c) Gonorrhoea (izületek, inak stb. megbetegedése).

8. Minő más betegségek fordultak elő náluk?

Ad 1. pont. Az V. orvosi osztályon mult év június 1-jétől december 31-dikéig 428 kéjnök orvosoltatott és pedig 237 bordélyos, 170 magánlakó, 21 futóbárczás. Megjegyzendő, hogy ezek közül többen ismételtén jöttek be, de ezek csak egy egyének vannak kiténtetve, továbbá, hogy a fenti számmal valamivel több egyén is orvosoltatott, de ezeket mellőztük, mert kórtörténeteik nem adtak minden kérdésre felvilágosítást.

Ad 2. pont. Nemzetiségre nézve 331 vallotta magát magyarnak, 61 német nemzetiségűnek, 12 tót, 7 román, 5 szerbnek, 3 horvát, 2 galicziának, 23 kassinnak, 15 elarusitónak, 6 nevelőnek, 11 másfajta (dada, énekesnő, czirkusz) és 73 hazulról (szüleitől, rokonaitól, férjűtől) lett kéjnök.

Vallásra nézve volt köztük 290 r. kath., 44 reform., 18 evang., 9 gör. kath. és 67 izraelita.

Előbbeni foglalkozásukat tekintve kiderült, hogy 129 szolgáló cseléd, 89 szobaleány, 10 szakácsnő, 8 vasalónő, 20 gyári munkásnő, 19 varrónő, 25 pinczeleány, 23 kassinnő, 15 elarusitónő, 6 nevelőnő, 11 másfajta (dada, énekesnő, czirkusz) és 73 hazulról (szüleitől, rokonaitól, férjűtől) lett kéjnök.

Korra nézve volt kettő 16. huszonkilencz 17. hatvanhat 18. hatvanöt 19. ötvennyolcz 20. hatvankettő 21. harminckilencz 22. harmincz-négy 23. tizenhárom 24. tizenkettő 25. nyolcz 26. hét 27. hét 28. három

¹ A Kovács nyilatkozatát a Gyógyászatban így leltem meg: „nem szorul hosszabb bizonyításra, hogy a symphysis felett végzett metszés könnyebb és sokkal kevesebb, anatomicus fontos szövetképlet sértésével jár”. Majd ezt mondja Kovács dolgozatában: „a symphysis felett végzett metszésnek vannak bizonyos előnyei a gátmetszés felett, meg van különösen azon előnye, hogy a sebzés kevesebb és kevésbé jelentékeny képleteket ér”. Hol mondatik ki itt az észszerűség? Avagy H. dr. ezen idézésével is bizonyítani akarja Kovácsnak nagy igazságát: „nem csoda, ha a buzgóság sok oly nézetet és állítást is hoz felszínre, mely a tapasztalat és józan kritika próbáját ki nem állja. En itt ezen körülményre csak azért akarom kartársaim figyelmét felhívni, mert benne egy eclatans példáját vélem bemutatni azon visszasságnak, melynek a kuforrása az „írni és felfedezni” akarás.”

² E tárgyban előadás tartatott a közközházi orvostársulat 1898. április 20-diki ülésén.

29, négy 30, három 31, három 32, kettő 33, kettő 34, három 35, egy 36, kettő 37, kettő 38 és egy 42 éves.

A szülők foglalkozását tekintve azt találtuk, hogy 83 földműves, 13 cseléd, 2 kocsis, 3 bérkocsis, 3 fuvaros, 2 béres, 5 erdőkerülő, 1 ispán, 1 kulesár, 1 juhász, 2 hajós (kormányos), 3 kalauz, 1 levélhordó, 3 vasúti őr, 2 rendőr, 3 iskolaszolga, 2 hordár, 1 lókupecz, továbbá 21 kocszmáros, 18 kiskereskedő, 28 czipész, 16 asztalos, 15 kovács, 25 kőműves, 13 ács, 14 szabó, 9 bányász, 7 molnár, 7 mészáros, 6 lakatos, 4 pék, 4 takács, 3 bogsnár, 4 kalapos, 3 szobafestő, 5 kárpitos, 1 kosárkötő, 3 kádarmester, 3 fazekas, 2 kefekötő, 2 keztyűs, 3 pintér, 2 pipa-reszelő, 2 órás, 2 üvegtisztító, 1 szűes, 2 nyomdász, 2 téglavető, 1 gypemester, 6 kertész, 5 zenész, 2 kántor, 5 tanító, 8 hivatalnok, 7 gyári alkalmazott, 1 mérnök, 1 ügyvéd és 2 bíró volt. Végre 32 szüleit nem is ismerte és így foglalkozását sem tudta.

Ad 2. pontban foglaltakból kiderül, hogy a legtöbb kéjnök magyar nemzetiségű és róm. kath. vallású: a katolikusok után nyomban következnek a mózes vallásúak, és továbbá, hogy az összes kéjnök több mint fele azelőtt szolgáló cseléd volt. (Erdekes lett volna még kideríteni, hogy hány analphabeta volt köztük?) Kiderül továbbá, hogy a szülőknek majdnem fele része kisiparos vagy gyári vagy hasonló munkás és csak egy negyed része földművelő vagy mezei munkát folytató volt. Oroszországban 1889-ben a prostitutio ügyében tartott hivatalos enquete kiderítette, hogy a prostituáltak 47-50%-a parasztnő volt. Ezzel szemben a civilizált államokban az ipart üző nőkből regrutálódik a legtöbb kéjnök. Így pl. Berlinben már 1872-ben 64-30%-a a prostituáltaknak azelőtt ipari munkásnő vagy elarusitónő volt és 69-90% volt köztük munkás (gyári, kézi munkás) gyermeke és csak 4% parasztleány.

Ad 3. pont. Okul, hogy miért lett prostituált, 61 kenyérhiányt, 42 szerelmi csalódást vagy elkeseredést (pl. otthagya a kedvese, vagy mostoha anyja rosszul bánt vele stb.) vallott, a többi pedig majdnem mind a rábeszélés, csábítás folytán került a rossz útra. A csábítás többnyire asszonyok részéről, a kik kéjnöket tartanak, kéjnök elhelyezésével foglalkoznak, majd barátok részéről, a kik már a prostituatoria adták magukat és egy udvarban laktak velük, történt. Egyeseket egyenesen otthonról csaltak fel, pl. egyik testvér a másikat (előfordult, hogy 3 nővér feküdt egyszerre a kórházban); mások a cselédhelyező útján jutottak erre az életre; ismét mások mint cselédek kórházba kerülve, ott kéjnökkel ismerkedtek meg és kimenetelükkor a prostituáltak közé állottak; némelyeket — így pinczeleányokat is — a bordélytulajdonos rövid úton megváltott vagy megvett, lévén az illető nő gazdájának az adója; egyiket-másikat szállást adó asszonya azon ürügy alatt, hogy jó helyre viszi szobaleányának, a bordélyházba vitte; egyeseket állítólag az utcáról csábítottak a bordélyba; egy részük szüleit nem is ismerte, otthona nem volt és így hamar elbotlott; az is előfordult, hogy a kéjnök csillogó öltözéke csábította, vonzotta a rossz útra. Sokszor több ok is egyszerre közreműködött, hogy az illető a prostitutio karjaiba dobta magát.

Ad 3. pontból kiderül, mennyire téves Tarnowsky azon felvétele, hogy a prostituált nem anyagi gondok szükségéből, nem is socialis okokból lesz azzá, hanem veleszületett hajlamból és gonoszságból.

Ezen felvételt, úgy mint Blaschko Berlinre nézve, mi is legalább ezen csekély anyag után visszautasítjuk Budapestre nézve. Azt nem tagadjuk, hogy kéjnökök között sok hereditaer terhelt egyén van, hogy elég köztük a „született kéjnök”, de a nagy tömeg nem az, azt az élet nyomora, a sok visszás helyzet, a kinálkozó bő alkalom teszi azzá a jellem és lelki szegénység segélyével.

Ad 4. pont. 428 prostituált között 319-nél észleltünk syphilist és pedig az I. stadiumban (primaer laesiot vagy annak nyomait) 19-nél, a II. stadiumban recenst 62-nél, recidivant 135-nél és latens syphilist 95-nél, tertiaer luesst 8-nál. Tisztán syphilises volt 27, syphilises és gonorrhoeás 215, syphilises és sanker 18, syphilises, gonorrhoeás és sanker 59, tisztán gonorrhoeás 70, tisztán sanker 18, gonorrhoeás és sanker 21.

Ad 4. pontból kiderül, hogy a kéjnöknek körülbelül 75%-a syphilis sel vagy annak nyomaiel került a kórházba és hogy ugyanezek a legtöbb kankóban is szenvedtek.

Ad 5. pont. Syphilist találtunk 188 bordélyosnál (59%), 122 magánbárczásnál (38%), 9 futóbárczásnál; és pedig recens syphilist 39 bordélyosnál, 22 magán- és 7 futóbárczásnál; recidiv syphilist 87 bordélyos, 52 magán- és 1 futóbárczásnál; latens syphilist 62 bordélyosnál, 48 magán- és 1 futóbárczásnál.

A syphilist 11 bordélyos, 8 magán- és 5 futóbárczás már a beiratkozása előtt szerezte: a többi a beiratkozás után és pedig az első 3 hónapban 26, a második három hónapban 52, általában az I. évben a legtöbb; a II. évben 53, a III. évben 7, IV-ben 5, V-ben 7.

Ad 5. pontból kiderül, hogy a bordélyos kéjnök között volt a legtöbb syphilises és ez természetes is, mert számuk is a legnagyobb; továbbá kiderül, hogy a kéjnök csak aránytalanul kis számánál tudunk a beiratkozáskor magával hozott syphilist constatalni, 319 között 24-nél. Sperk a pétervári Kalinkin-kórházban egészen más eredményhez jutott. Ok már a beiratkozásnál 68-89% syphilist említ és csak 31-20% által szereztetett volna a beiratkozás után. Azonban Sperk abbéli adatait, hogy a kéjnök legtöbbje főleg fiatal korban, pályája elején szerzi meg a syphilist, meg kell erősítenünk és pedig a mi statistikánk sokkal szomorúbb, mint az övé, mert míg a pétervári kéjnök 14-70%-a szerezte meg a syphilist az első évben és 14-30%-a a második évben, 4-19%-a a harmadik évben, addig a mieink majdnem $\frac{3}{4}$ része már az I-ső évben és $\frac{1}{6}$ része a II-dik évben és elenyésző csekély része a III-IV-V. évben.

Ad 6. pont. Csak 19-nél észleltünk primaer laesiot vagy annak nyomait, a többinél a szorgos vizsgálat daczára sem. E pontból kiderül,

hogy nőknél legtöbbször milyen igénytelen, jelentéktelen, mert igen hamar tűnik el nyomtalanul a primaer laesio.

Ad 7. pont. a) A lues complicatiojaként észleltünk 1-szer periphlebitis gummosát, 2 keratitis-iritist és 1-szer tabest; ez utóbbinál csak supponáltuk a luest, de nyomát nem találtuk. *b)* Uleus venereumnál 5 baloldali és 4 jobboldali bubot. Feltűnő, hogy milyen kevés bubo volt; ezt annak tulajdonítjuk, hogy a sanker gyorsan került orvoslás alá, mert részben ezért, részben a nyugalom folytán a felszívódás kikerült. *c)* Gonorrhoeánál 4 arthritist et tendovaginitit; következményeként: 1 strictura urethrae, 5 strictura recti, 1 strictura recti cum fistulis, 6 fistula anit és két cysta duct. gland. Barthol.-t.

Ad 8. pont. A venereás betegségeken kívül még felemlítendő: *a)* 4 hysteria, hysteropilepsia gravis és több kisebbfokú hysteria, *b)* 1 nephritis parench. acuta, 11 nagyobbfokú tonsillitis follicularis, *c)* 13 graviditas, *d)* bőrbajokra vonatkozólag kiemelendő, hogy 262-nél *pediculi capitis*, 31-nél *pediculi pubis* és 46-nél *scabiei* talátlunk.

Csak mellékesen jegyzem meg, hogy 7-nél albinismus, 21-nél erythrasma, 1-nél erythema multiforme, 14-nél eczema, 6-nál furunculus, 1-nél favus, 13-nál herpes genitalis, 1-nél herpes tonsurans, 2-nél ichthyosis simpl., 6-nál keratosis pilaris, 1-nél lichen ruber planus, 1-nél pityriasis rosea Gibert, 35-nél pityriasis versicolor, 3-nál psoriasis vulgaris, 5-nél panaritium, 19-nél molluscum contagiosum, 6-nál sycosis alae nasi, 5-nél verue. juvenil. volt észlelhető.

Ezzel befejeztem volna tárgyat. Tudatában vagyok annak, hogy az egész dolgozat csak vázlatos és hézagos és hogy tételeim nem változhatatlanok, hanem viszont azon meggyőződésben is vagyok, hogy ezen a megkezdett alapon mások már nagyobb, használhatóbb és értékesebb anyagot fognak gyűjteni.

Pálku Géza dr. orvos.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Leyden: Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik. Leipzig, Verlag von Georg Thieme.

Alig mult egy éve, hogy fenti címmel egy nagyszabású gyűjtőmunka első része elhagyta a sajtót. Ezen első rész megjelenéséről annak idején mi is megemlékeztünk, röviden ismertette foglalatját. Most már a teljesen befejezett műről számolhatunk be, mint a mely hivatva van arra, hogy az oly nagyszabású s a tökélynek már oly magas fokán álló diätetika elveivel, kivitel módzataival alaposan megismertesse az orvosokat.

A munka használhatóságáról és jóságáról némi fogalmat fog nyújtani a tartalomjegyzék, valamint az egyes fejezetek íróinak felsorolása, melyet a következőkben adunk.

A munka két nagy kötetre oszlik. Az első kötet az általános részt, a második kötet a részletes részt tartalmazza. Az első kötet 622 nagy lapon a következő fejezeteket foglalja magába: a diätetika története (*Petersen*, kopenhageni tanár), a táplálék és a táplálkozás physiologiaja (*Rubner*, berlini tanár), a táplálkozás általános kórtana (*Müller*, marburgi tanár), a diätetika indicatioi (*Leyden*, berlini tanár), a táplálkozási kórtanok (*Klemperer G.*, berlini docens), a táplálkozási gyógyszeres segédzszeri (*Liebreich*, berlini tanár), fürdők, klimatikus kúrák és mozgási therapia (*Senator*, berlini tanár), a táplálkozás technikája és komfortja (*Mendelsohn*, berlini docens), mesterséges táplálás (*Leube*, würzburgi tanár), diätetikus kúrák (*Hoffmann*, lipcsei tanár).

A második kötet 825 nagy oldalon a részletes diätetika következő fejezetekben ismerteti: tüdőbetegségek (*Dettweiler*, Falkenstein), nyakbetegségek (*Klemperer F.*, strassburgi docens), szívbetegségek (*Oertel*, müncheni tanár), idegbetegségek (*Jolly*, berlini tanár), gyomorbetegségek (*Riegel*, giesseni tanár), bélbetegségek (*Ewald*, berlini tanár), ideges gyomor- és bélbajok (*Boas*, Berlin), parasiták okozta betegségek (*Peiper*, greifswaldi tanár), máj- és pankreas-bajok (*Stadelmann*, Berlin), acut lázas betegségek (*Leyden* és *G. Klemperer*), diabetes mellitus (*Noorden*, Frankfurt), húgysavas diathesis (*Minkowski*, strassburgi tanár), anaemia, chlorosis, leukaemia, Basedow- és Addison-kór, myxoedema (*Nothnagel*, bécsi tanár), bőrbajok (*Mosler* és *Peiper*, greifswaldi tanárok), nem szervek működészavarai és syphilis (*Fürbringer*, berlini tanár), vesebajok (*Ziemssen*, müncheni tanár), húgyutak betegségei (*Mendelsohn*, berlini docens), nőbetegségek (*Winckel*, müncheni tanár), gyermekbetegségek (*Biedert*, Hagenau) diätetika. Az utolsó fejezet az operatív beavatkozások előtt és után tekintetbe veendő diätetika-receptikus elvek ismertetését tartalmazza *Kehr* tanár (Halberstadt) tollából.

A munka külseje teljesen illő nagy belső értékéhez; nyomás, papiros a legkényesebb igényeket is kielégítik. Az egész munka ára 35 márká (21 forint).

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. február 3.

— **A főváros egészsége.** A fővárosi statisztikai hivatalnak 1898. január 15-dikétől 1898. január 21-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 470 gyermek, elhalt 328 személy, a születések 142 tehát esettel múlták felül a halálozásokat. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1899. január 22-dikétől január 29-dikéig ter-

jedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 26 (meghalt 5), himlőben 1 (meghalt —), állimlőben —, bárányhimlőben 24 (meghalt —), vörhenyben 29 (meghalt 4), kanyaróban 163 (meghalt 2), ronsoló toroklobban és torokgyikban 37 (meghalt 1), trachomában 7, vérhasban 1 (meghalt —), hökhuruban 8 (meghalt —), orbánczban 25 (meghalt 2), gyermekágyi lázban 1 (meghalt 1).

— **Ösztöndíj-adományozások.** A budapesti egyetem orvostan tanártestülete a januári rendes ülésben következő orvostanhallgatókat ajánlotta ösztöndíjakban való részesítésre: A *Bézsán-féle* 250 frtos ösztöndíj adományozása végett első helyen *Harmadéves* orvostanhallgatót, második helyen *Hollós József* ötödéves orvostanhallgatót, harmadik helyen *Hermann Emil* másodikéves hallgatót terjesztette fel; az *I. Ferencz császár-féle* 400 frtos ösztöndíjra első helyen *Goldhammer Zoltán* ötödéves, második helyen *Grosche Károly* első éves, harmadik helyen *Szász Béla* első éves hallgatókat. Ösztöndíjfelemlésre a budai Mária Terézia 300 frtos állásra első helyen *Polacco András Bruno* negyedéves, második helyen *Földi Ottó* negyedéves, kiskéri *Tóth Jenő* negyedéves, *Veress Andor* harmadéves orvostanhallgatókat; a budai Mária Terézia 150 frtos ösztöndíjra első helyen *Alföldy Béla* második éves, második helyen *Szenti János* másodikéves orvostanhallgatókat; a *váci Mária Terézia* 150 frtos ösztöndíjra első helyen *Bender Béla* másodikéves, második helyen *Bucsan Gyula* negyedéves orvostanhallgatókat; a *Koháry-féle* 150 frtos ösztöndíjra: *Halász Zoltán* első éves orvostanhallgatót; a *Gotzig-féle* 200 frtos ösztöndíjra: *Várady László* harmadéves orvostanhallgatót; a *Császár Márton-féle* 100 frtos ösztöndíjban pedig a következőket részesítette: *Farkas Ignác*, *Kis Vilmos* ötödéves, *Wiesinger Frigyes*, *Landesmann Dávid*, *Fülöp Ferencz* negyedéves, *Fleischmann László*, *Derencsey Rezső*, *Leiner Jenő* harmadéves és *Hollós Gábor* másodikéves orvostanhallgatókat.

A *Schordán-féle* szigorlati díjkölcsönző alaptól kölcsönt kaptak: *Goldhammer Zoltán*, *Benne Jenő*, *Hofbauer Imre*, *Rittersporn Miklós*, *Láng Péter* orvostanhallgatók. E kölcsön 194 frtyi összeget tesz ki. A kölcsönneve a dékának kézfogással igéri, hogy azt mielőtt anyagi körülményei megengedik, kamat nélkül visszafizeti az orvostan dékánai hivatalnak, hogy a szegény tanuló kölcsönét kölcsön gyanánt újra kiadható legyen. Sajnos, hogy e szigorlati kölcsönalap 25 adósa közül — kik most már másodszor figyelmeztetnek a becsületbeli adósságukra — csak egyetlen egy fizette be tartozását, sőt a felszólításra válasz is csak kettőtől érkezett be.

— **Tiszti orvosi vizgára** készülők számára az *elemző chemidből* és a *gyógyszertanból* február hó 15-dikén cursust kezd *Vámosy Zoltán* dr., az egy. gyógyszer-tani intézet I. tanársegéde. Részvételi díj 16 frt.

— **A Hőgyes tnr. vezetése alatt álló budapesti Pasteur-intézetben** 1899. január hó folyamán 171 egyén jelentkezett veszettségellenes védőoltásra. 150 esetben kutytól, 17 esetben macskától, 4 esetben embertől eredő veszettségre gyanús fertőzés volt. Ezek közül magyarországi volt 141, nem magyarországi (Törökország, Szerbia, Horvát-Szlavonia, Bosznia, Galiczia) 30. Halálest egy fordult elő.

— **Kitüntetés.** *Rózsaffy Lajos* dr. rendőrfőorvosnak Ő Felsége a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

△ **Kinevezés.** *Ötvös József* dr. fővárosi gyakorló orvost és az országos közegészségi tanács rk. tagját József főherczeg az elhunyt *Bauer Antal* dr. helyébe margitszigeti főfőorvossá kinevezte.

— **Mint értesülünk,** a „*Belgyógyászati kézikönyv*“ V. kötetének legutolsó ívei sajtó alatt vannak és így remélhetőleg azt a m. orvosi könyvkiadó társulat t. tagjai még a f. hóban kézhez kaphatják. E kötet oly késő megjelenését főleg azon körülmény okozta, hogy b. Schwimmer E. tanár helyett más szakíróknak kellett megírni azon cikkeket, melyeket ő írt volna meg.

— **Megjelent.** *Marczali Henrik* Nagy Képes Világtörténetének 11-dik füzeté. Tartalma: A zsidók történetének folytatása, továbbá a II-dik assyriai birodalom. Ára 30 kr.

† **Tyroch József** dr. főorvos, az 5. hadtest egészségügyi főnöke, f. hó 21-dikén Pozsonyban, 62 é. korában. A bécsi József-akadémia növendéke volt és *Picha* mellett műtőnövendékeskedett. Főképen sebészeti praxist űzött. Sok ideig volt Budapesten, mint a 16-dik garnison-kórház sebész osztályának főnöke. Egyike volt az elsőnek, ki a hadseregben a Lister-féle antiseptikus kezelést behozta. A katonaelegységügy terén értékes szolgálatakat tett a hadseregnek. Az 1894-diki budapesti hygieni és demographiai congressuson előadása általános elismerést nyert.

Dr. Herczel egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII.** Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Téli kúra
a Szt. Lukács-fürdőben
BUDAPEST.

Rheumatikus bajok, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. Nagy kényszer-izap-fürdő, külön fürdők. Massage, gépgyógyászat. Lakás és teljes ellátás; (közepes ár 25 frt hetenként). Lift. Meghülés kizárva. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Rosányi Béla.**

Dr. Baumgarten Samu Stefánia-út 55. szám alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kitűnő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett napi négy forintért vétetnek fel. Bővebbet 1/22—1/24-g járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utca 23. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (III. rendes ülés 1899. január 21-dikén.) 72. l. (IV. rendes ülés 1899. január 28-dikén.) 73. l. — Közkórházi orvostársulat. (XVI. bemutató szakülés 1898. december 7-dikén.) 75. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(III. rendes ülés 1899. január hó 21-dikén.)

Elnök: **Genersich Antal**; jegyző: **Dieballa Géza**.

(Vége.)

Rhinoscleroma esete.

Róna Sámuel: V. D. 42 éves, nős szabó, született Garamlőkön (Barsmegye), folyó hó 8-dikán jött az osztályra, az orrára és annak környékére localizálódott bántalommal.

Anamnesis: Gyermekkori betegségekre nem emlékszik. **Genitalis** megbetegedése sohasem volt. 14 éves korában Esztergomban tanulta a szabómesterséget, 17—18 éves korában Kecskeméten mint segéd dolgozott és már ekkor, tehát már 24 év előtt, csúfolták pajtsái *dünyögő* beszéde miatt. 19 éves korában a katonasághoz vonult be *Bécsben* tartózkodó ezredéhez. *Tutmasága* (berekedt orra) miatt ott azonnal a katonai kórházba tették. Akkor még az orron kívülről semmi sem volt látható, csak alkohol élvezete után pirult az ki időnként. Hét havi kórházi tartózkodás után — mely idő alatt csak jodkalit kapott — gyógyulatlan távozott. Már ott a kórházban — állítólag meghülés után — baloldali fülfolyást kapott, melyet a bal füle mögött a proc. mastoid. táján duzzanat kísért. Ez utóbbit fel is hasították. A bécsi kórházból egyenesen a pozsonyi kórházba ment, de onnan 4 nap múlva hazament Garamlőkre. Még ezután 1½ évig tartott fülfolyása. 1878—79-ben ismét Kecskemétre került, honnan 1885—86-ban az aranyosmaróthi kórházba utazott: akkor orra már kívülről is betegnek látszott. Itt 1 hóig volt: jodkali és higany-kenőcs-bedörzsöléseket kapott. Azóta nem volt kórházban és baja lassanként terjedt az orron és környékén. Két év óta mindkét füleire rosszul hall. A családban hasonló bajról nem tud. Apja 72 éves korban halt el: anyja él, egészséges, most 83 éves. Két testvére kicsiny korában halt el, egy pedig 40 éves korban, állítólag hosszas tüdőbetegség után.

A beteg 13 év előtt nősült. Két gyermeke van, ezek élnek, egészségesek (12 és 7 éves). Neje szintén egészséges.

Jelen állapot. A mérsékelt lesoványodott beteg *bőre* fakósárga, *cachexiás*; a látható nyálkahártyák halványak. Betegsége az orra, annak környékére és az azokkal határos nyálkahártyára localizált. Az orrsínes bunkószőrűleg megvastagodott, de a megvastagodás az orr contourjait követi; csak a két orrszárnny alsó részletének megfelelőleg kissé behorpadt, előrement kifoszlás után támadt hegek folytán. A duzzanat livid és határokkal végződik körülbelül 1½—1 cm.-nyire az orr hátán. Az orrszárnnyakról a duzzanat a pofa két oldalára *félkörben* terjed át körülbelül 4 cm. szélességben; onnan leterjed az alsó ajkra, befogva a két szájzugot, az alsó ajknak csak felét hagyva szabadon. A felső ajk in toto elfoglalt, diónyira kiduzzadt és egyfolytonosságú beszűrődést képez a többi beszűrődéssel. Mindkét orrnyílás teljesen elzártnak látszik, azonban mindkettőbe vékony sondával vérzés okozásával behatolhatunk. A szájnyílás annyira megsűkül, mint egy mogyoró és a felső ajkról a duzzanat áttér a felső ajk belső nyálkahártyájára, a felső állkapocs gingivájára, az ajk két zug melletti részeire. Az egész képlet *deszkakemény, merev*, szélein varró-, egész kötőtűnyi vastag visszerek láthatók. Az egész felső ajk és az arcot elfoglaló részlet, 1½ cm. területet kivéve, felületesen kifeléyesedett, vagy csak erodált, és helyenként vékony heg által pótolta. Azonban úgy a fekélyek, mint a hegek *porckemény, immobilis alapon* ülnek. A kifeléyesedett helyeken beszáradt savó, helyenkint renyhe vörhenyes sarj látható, de sehol bővebb *genyedés*.

A fekélyesedés jellege a bal arczfélén legkifejezettebb; azonban itt is rendkívül sekély: 1½—1 cm. mély. Az egész képlet *fájdalmatlan* és csak nyomásra érzékeny.

A *szövetek merevsége* folytán lehetetlen a betegnek fogcsorait 1—1½ cm.-nél messzebb egymástól eltávolítani: ép ezért a kisujjnak csak 3-dik perczét tudja bemutatni a szájüregbe bevinni, és a szájürt absolute képtelen kitapintani, vagy bevilágítani. Utóbbi *Pauntz dr.-nak* sikerült és ő a kemény és lágy szájpad megbetegedését constaltta.

Az áll alatt kétoldalt kis usque nagymogyorónyi *porckemény mirigy*; két nagybabnyi az állcsúcs alatt; nagybabnyi a mirigyek az állzugok alatt, a nyakon, sőt a tarkón is. A cubitalis mirigyek alig tapinthatók; az axillarisok nagybabnyi, az inguinalisok borsónyi, egész nagybabnyi.

A mellkasi szervek vizsgálata ép viszonyokat tüntet fel. A léptompulat nem nagyobbodott. A májtompulat valamivel nagyobb.

A vérvizsgálat rendes viszonyokat derített ki.

A beteg állandóan *lázatlan*; a szájon kívül csak a bal orrnyíláson kap csekély levegőt és az evés rendszeren igen megnehezített, ezért nagyon sokáig eszik. Az evésnél, illetőleg nyelésnél, valamint fekvésnél fájdalmat érez torkában. Ennyiben van *közérzete* megzavarva.

Étrégya, széke rendes. *Vizelete* kristálytiszta, szalmasárga, fajsúlya 1010; v.h. savi; idegen alakelemek nem tartalmaz.

Jelen eset *diagnosissánál* — már a klinikai jelek segélyével — könnyen kizárhatta a *göbös és gummás syphilidet*, a *lupust* és *carcinomát*;

ez utóbbit, dacára, hogy az állalatti mirigyek *tetesen* beszűrődtek, úgy hogy a *rhinoscleroma* *diagnosist* már klinice elég könnyű volt felállítani. A *mikroszkopiai és bacteriologiai* vizsgálat eredménye csak megerősítette azt. Az exstirpált darab vörhenyes volt; szöveti structurája részben kifejezett *sarjszövetet*, részben nagy *vacuolus* vagy különböző módon és fokban *degenerált sejteket* (belsejükben *rhinoscleroma-bacillus*-sal) mutatott.

Az exstirpatio helyéből kiömlő savót agar-agarra, bouillonra, gelatina-lemezre, burgonyára oltották és 24—48 óra múlva megnézve, valamennyin rendkívül buja, tiszta *rhinoscleroma-bacillus*-tenyésztet találtak.

Ugy a szöveti metszeteket, mint a culturákat és az azokból csinált mikroszkopiai készítményeket bemutatja. Ezzel kapcsolatban áttér e baj *aetiologiájára*.

A *rhinoscleroma bacillus*-ának a *Friedländer-féle pneumonia-bacillus* *bacteriologiai* elkülönítése még nem teljes, illetőleg még nem elég biztos. Annyi ténynek látszik — és ezt most demonstrálhatja is —, hogy a *rhinoscleroma-bacillus* tenyésztete agar-agaron szürkés-fehéresen *áttűnő* és nem oly *fehères sűrű*, mint a *Friedländer-félé*; továbbá, a mit szintén demonstrál, de a mi, úgy látszik, nem mindig válik be, hogy a *rhinoscleroma-bacillus* Gram szerint festődik, míg a *Friedländer-féle* nem. Ehhez még újabbán azt is találták, hogy a *Friedländer-féle bacillus* a tejet megalvasztja, de a *rhinoscleroma-bacillus* nem. Ezt a próbát ők nem csinálták még. Tervbe vették a tiszta culturának átoltását is a betegnek oly regiojára (pl. fül), mely székhelye szokott lenni a *rhinoscleromának*, de most ép. A *nehéz hallás tympanitis chr. catarrh. utr. lat. által feltételezett*.

De ha bakteriologicus nem is tudjuk még e két bacillust egymástól jól elkülöníteni, *fontos klinikai* érvek szólnak a *rhinoscleroma-bacillus*-nak pathogen volta mellett:

1. hogy minden *rhinoscleromában* megtaláljuk;
 2. hogy a *rhinoscleroma regionalis* megbetegedés, és pedig szabályszerű típussal;
 3. hogy a *rhinoscleroma* en miniature ép oly táji kór, mint a lepra.
- Eddig nagyobb számban csak Ausztria keleti részében (27 eset), Oroszország nyugoti és délnyugoti részében (29 eset), Közép-Amerikában (23 eset) észlelték; kisebb számban Itáliában és nálunk (5—5 eset), Belgiumban, Svájcban, Németországban, Svédországban, Egyiptomban csak 1—1 esetet észleltek.

Az *utóbbi körülményre* való tekintettel nagyon fontosnak tartanánk az eddig Magyarországon észlelt és ezután észlelendő esetek összegyűjtését (az osztrák 32 eset között 5 magyar szerepel), és az iránybani megvizsgálását, hogy mely megyékből származnak. A mit a jelen esetből kifolyólag még kiemelendőnek tart. az a *rendkívül hosszú tartam* (23—24 év), továbbá az arcon a *kiterjedés* nagy foka. Mindkettő az irodalom legtrikább esetei mellé sorozza esetünket. Kiemelendőnek tartja továbbá a nagyfokú *cachexiát* és a *mirigyek részletét*. Az elsőt illetőleg az autorok a hiányos légvételnél, az akadályozott táplálkozásnak tudják be. Szóló mindazonáltal tovább vizsgálándónak tartanánk ezen körülményt és ezen *cachexia* közelebbi okát. Az ezen esetben végzett *haematologiai* vizsgálat negatív eredménye még inkább ösztönöz erre. A másodikat: a *mirigyek megduzzadását* az autorok ritkának tartják és — tudtával — absolute nem hozzák szoros összefüggésbe a *rhinoscleromás* folyamattal. Szóló ez irányban szintén vizsgálatot tart szükségesnek, és azt már ezen esetben meg fogja tenni. Ki fogja a mirigyet venni és azt minden irányban (szöveti vizsgálatra, tenyésztésre, stb.) felhasználni.

A *therapiára* vonatkozólag csak azon rövid megjegyzése volna még, hogy a jelen esetben a partialis exstirpációt — a légzés és táplálkozás javítása, és az élet meghosszabbítása és tűrhetőbbé tétele szempontjából — indicálnak véli.

A légsző idegei.

Ónodi Adolf: A légsző idegei az alsó gégeideg törzsétől indulnak, de rostjaikat különböző idegtörzsektől nyerik. E tekintetben fontos szerep jut a felső gégeidegtől eredő úgynevezett ansa Galeni összekötő idegfónálnak, melynek jelentőségére nézve eltérnek a vélemények: 1. mozgató rostokat visz az alsó gégeidegtől, 2. érző rostokat visz az alsó gégeideghez, 3. érző rostokat visz a légszőhöz, 4. érző rostokat visz az alsó gégeideg útján a gégehez. Vizsgálatai azt mutatták, hogy az ansa Galeni a felső gégeideg rostjait viszi a légszőhöz, egy kis része a rostoknak az alsó és felső gégeideg pályáit cseréli fel. A bemutatott készítmény a légsző összes idegeit tünteti fel, a mint azok a felső gégeidegtől az ansa Galeni útján, továbbá az alsó gégeideg törzsétől erednek.

Tuberculosis iridis.

Mohr Mihály: Az iris-tuberculosis nem tartozik a gyakori betegségek közé. Praxisában ez a második határozottan tuberculosis eset. Az elsőt 1895-ben észlelte, előbb Szili tanár úr látta, és az általa Fejér Gyulával kiadott jelentésbe fel van véve. (Jelentés a pesti izr. hitközség

kórházának szembeteg-osztályáról, különös tekintettel működésének utolsó 6 évére. Szerkesztették: Szili Adolf és Fejér Gyula. 1898. 44. l.)

A jelentés 28,231 esetre vonatkozik és csak 1 iris-tuberculosis-eset van, ez is a Szili privatpraxisából való. És később hozzám került és én enucleáltam.

Röviden itt arról csak annyit, hogy a tuberculosis iridis már előrehaladott volt és nemcsak az iris, de a sugártest is infiltrálva volt. A szövettani vizsgálat óriási sejteket mutatott ki, bacillust nem, mert a szem Müllerbe tetetett.

A jelen eset f. hó 11-dikén jelentkezett rendelésemre és ajánlatomra másnap a Bródy Adél-gyermekkórházba vétetett fel a gyermek, a ki S. J. 3 éves izr., kereskedősegéd fia. Allitól 8 nap óta fáj bal szeme. Szemrés jól nyílik, szemtekei kötőhártya nagyobb reactiót nem mutatott, csak a cornea körül ereztette egy kissé. Szaruhártya felülete kissé szürkült, átlátszósága nem szenvedett, csak itt-ott van a Descemetben néhány szürke foltocska. Elülső csarnok valamivel szűkebb, de nem lényegesen, fenékén $\frac{1}{2}$ mm. magasságú szürkés-sárga sűrű folyadék. Elülső csarnok vize kissé zavaros.

Iris színe elváltozott, a memyiben a jobb iris sötétbarna színéhez képest a bal rozsdabarna színű. Az irisen, különösen alul, belül (cornealis nagytávolság alatt) tűszúrásnyi egész kásaszemnyi (kisebb göbök összefolyásából keletkező) gömbölyű, máskor szabálytalan háromszögletes, majd egyenetlen halmazt képező szürkés-sárga, elég élesen határolt, itt-ott az iris szövete fölé emelkedő göbök. Iris rajzolata, kivéve a legfelső részt, elmosódott. Pupilla középtág, területét szürkés izzadmány tölti ki és tapasztja a sphinctert a lenese elülső felületéhez.

Szem tensioja valamivel emelkedett. $T + 1$. Narcosisban Pravatz-tüvel az elülső csarnokból folyadék vétetett, mely mutatott ugyan genyvet, különböző baktériumokat, de tuberculosis-baktériumokat nem. Ugyanezen folyadékból egy rész nyúl elülső csarnokába fecskendeztetett, de eddig nem mutatkozik reactio.

A diagnózis kétségtelenül tuberculosis, bár sem az anamnesis, sem a beteg általános vizsgálata nem derített ki tuberculosis és a directe vett elülső csarnok folyadékában sem volt a tuberculosis-bacillus kimutatható. Szóba jöhetne talán a gumma iridis, de ez ellen szól először a szem külső, azután az anamnesis negatív volta és az, hogy a megkísérlett kenőkrá alatt inkább rosszabbodás lépett fel. Jelenleg, dacára a pilocarpin-adagolásnak $T + 1$ a belső szemnyomás és a szem fájdalmas.

Therapia jelen esetben a szem enucleatioja.

Feuer Náthán: Bemutató túlságosan szerény, mikor azt mondja, hogy csak két esetet látott, mert szóla is mutatott be tíz év előtt egy iris-tuberculosis-esetet, melyet később mint gyógyultat újból bemutatt; abban az esetben nagyfokú iritis volt sok tuberculummal és egy nagy tuberculosus góccsal az iris alsó részében, mely a cornea átfuródására vezetett, a szem később egészen feltisztult, az iris visszanyerte kék színét s csupán mellső odanövés maradt vissza s miután jó fényérzés volt, egyszerű iridektomiával jó látást ért el.

Ezen esetet azért hozta fel, mert bemutató könnyen odaállította az enucleatiót, melyhez addig ne forduljunk, míg kilátásunk van, hogy a szem megtartható látással vagy a nélkül.

A bemutatott esetben érdemes, hogy a szemet megtartsuk és a látást visszaadjuk, miután a szem keményedését egy seclusio pupillae okozza, mely a tensiót emeli. Ha be- és felfelé, hol az egyetlen tuberculum ül, jó széles iridektomia végeztetik, akkor létrehozván a szem mellső és hátsó része között a közlekedést, jó eredmény érhető el.

Mohr Mihály: Szóla azt mondta, hogy „praxisában ez a második határozottan tuberculosis iridis-eset”, csak időkimérés miatt nem említette fel Feuer esetét.

A mi az iridektomiát illeti, ha egyetlen egy góccs van, helyén van az iridektomia, de mind itt az egész irisen szét vannak szórva a tuberculumok, vitalisan indicált a szem enucleatioja.

Angioma varicosum orbitae.

Vermes Lajos: (Lapunk más helyén közöljük.)

A nervus facialis viszonya a hallószerv bántalmához.

Tomka Samu: Vonatközlő az 1896. év márciusában fenti ezim alatt az orvosegyesületben tartott előadásra, a melyben az otitis facialis hűdés kórtanát részletesen kifejtette, két igen ritka és nagyon érdekes otogen facialis hűdést óhajtott bemutatni. Az egyik betegnél trauma után lépett fel az arcideghűdés, a másiknál savós, nyálkos dobüreg-hurutnál. A traumatikus facialis hűdés keletkezését úgy magyarázza, hogy a trauma folytán a dobüregben vérömlések keletkeztek és egyszerűsmind a dobüreg kistokú lobja fejlődött ki, a melyhez a facialis neurilemmájának vérbősége és esetleg lobosodása csatlakozott; még az arteria stylo-mastoideára lehetne gondolni, a mely szintén a facialis csatornában halad és a mely az ideg burkolatához ágakat is bocsát; ha ezen arteria nagyon vérbő, nyomást gyakorolhat a facialisra és így annak hűdése következhetik be.

A másik betegnél a facialis hűdés oka a Fallop-csatorna dehiscenciája lehet, a mi nem ritkaság. Ebben az esetben a facialis ideghüvelye a dobüreg nyálkahártyájával közvetlen érintkezhetik és annak duzzanata, vérbősége, a dobüregben levő váladék által nyomathatik. Oka lehet a facialis hűdésnek továbbá a facialis ideghüvelének és idegkötegeinek a dobüregből kiinduló savós átmedvesülése. A kórjósolat mindkét esetben kedvező, a mennyiben a bántalom friss és az alapfűlbántalom kistokú. Valószínű, hogy a fűlbántalommal a hűdés is gyógyulnak. A kezelésnél a fősfűly az alapbántalomra, a fűlbántalomra helyezendő, a mellett galvanizálás ajánlatos.

Syndaktylia esete.

Nékám Lajos: A beteg három hónapos leány, hasonló elváltozásokkal egyedüli családjában, ki a következő abnormitásokat mutatja: a jobb kézen az I., II. és III. ujj, valamint a IV. és V. is a bőr által össze vannak foglaltva. Az ujjak csontos része mindenütt kitapintható, de satnya. Az operatio a kézen tehát könnyen kivihető, de különösen jelenleg még alig adna kiváló eredményt.

Dollinger tanár, a ki bemutató kérésére beleegyezett az eset kezelésébe, czélszerűnek tartja az operatiót néhány hónappal elhalasztani.

A lábakon a hüvelykujj mindkét oldalt hiányzik s ezenkívül jobb oldalt mind a négy, baloldalt a II. és III., valamint a IV. és V. ujj közös bőrhüvelylyel bírnak.

Ez esetben tehát, nemcsak az az erő szerepel, mely az ébrényi élet 2. hónapjában a hámnak az ujjporozok közé való betüremkedését megakadályozta, de még lefűződés, még pedig valószínűleg szálagosak is, a mik azután a haluxok hiányának okai.

(IV. rendes ülés 1899. január 28-dikán.)

Elnök: **Réczey Imre**; jegyző: **Lévai József**.

Az immunitás tanának mai állása.

Deutsch László: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Fodor József: *Metschnikoff* körülbelül 16 éve, nagy intézetben, gazdag anyaggal és lelkes munkatársak egész seregével, fáradozik az ő „Phagocytosis”-theoriájának megalapításán. Ennek a theoriának mai állását ismertette az előadó, a ki maga is buzgó és lelkesült munkása *Metschnikoff* iskolájának. Úgy tüntette fel a dolgot, hogy ama theoria véglegesen győzött. Mindazáltal még ma is el van terjedve az a másik nézet is, a melyet előadó „humoralis” irányának nevezett és sok kitartó és megbízható munkással dicsekedhetik.

Metschnikoff theoriája lényegében az, hogy állati szervezet sejtjelei, leukocytái, felfalják és belsejükben megsemmisítik, megemésztik a testbe jutó baktériumokat és így megoltalmazzák a testet azok elszaporodásától és káros hatásától. A másik theoria azt véli, hogy a szervezet, nevezetesen a sejtek, biochemiai úton oly anyagokat képesek elválasztani s a vérbe s egyéb nedvekbe juttatni, a melyek a mikro-organismuszokra és azok produktumaira bizonyos hatással vannak, azokat előlik, illetve hatástalanra teszik stb. Felsőzóló *Metschnikoff* szemben már 1887-ben a vér vitalis folyamatának tulajdonította a vérbe oltott baktériumok elpusztulását és nem a phagocytosisnak. 1891-ben pedig, a londoni congressuson „Cytochemismusnak” nevezte azt a biológus folyamatot, a mely a vért baktériumölő tulajdonsággal képes ellátni. Ugyanily nézetet vallottak *Buchner*, *Denys* és sokan mások.

Előadó felemlítette a *Metschnikoff* iskolájából újabban hangoztatott azt a nézetet, hogy ime a humoralis-theoria hívei közelednek a phagocytosis tanához, mert elismerik, hogy mégis a sejteknek van döntő szerepük az állat oltalmazásában, mert hisz a sejtek választják ki magukból a baktériumellenes anyagokat. A figyelmes és gondolkodó olvasó azonban nem téveszthető meg. Az, hogy a sejteknek fontos szerepük van a védelemben, mind a két theoriának közös nézete, csak hogy a phagocytosis-theoria szerint csakis benn, a leucocyta belsejében gyakoroltatik az a szerep, a mikor a sejt a baktériumot felfalja és megemésztí, míg a másik theoria szerint a baktériumok és termékeik ellen való hatás nem csupán a sejtek belsejében, hanem azon kívül is gyakoroltatik. Tehát cytochemismus lényegében a szervezet küzdelmé a baktériumokkal s azok termékeivel szemben, a mely cytochemismus nem csak a sejtek belsejében gyakorol hatást (phagocytosis), hanem azon kívül is.

*Metschnikoff*nak és iskolájának makacs ragaszkodása a baktérium-felfalás és emésztéshez, és ellenkezése a cytochemikus felfogással szemben abból származik, hogy ő nagyobb mértékben foglalkozik a fertőzés és immunizálás mikroszkopi, mint chemiai tümenényeivel. *Metschnikoff* látja és nagy fontosságúnak tartja, hogy pl. a typhussal fertőzött malacz hasüregében erős leukocytakivándorlás jön létre és azért azt hiszi, hogy a szervezet összes küzdelmé a baktériumokkal és toxinjaikkal szemben ott, a kivándorlás helyén és a kivándorlott leukocyták belsejében megy végbe és nem mérlegeli eléggé a nagy biochemiai mozgalmakat, melyek amaz állott vérben és egyéb nedveiben mutatkoznak. Hogy pedig a fertőzött, az immunizált, toxinmal mérgezett állatok vérében óriási chemiai változások mennek végbe, kimutatta már évek előtt felszólaló, a mikor leírta, hogy a fertőzött állat vérének alcalicitása a halálig süllyed, ellenben az immunizálás növeli a vér lúgosságát; a toxin gyorsan és erősen csökkenti a lúgosságot, az antitoxin ép oly gyorsan növeli azt stb. A lúgosságban növekedő vérben növekszik a baktériumölő képesség is. Nem mérlegeli eléggé *Metschnikoff*, hogy fertőzött nyúl vére, felfaló sejteknek teljes hiányában és ezek kizárásával is, baktericid, agglutináló, bakterolytikus, immunizáló, antitoxikus stb. hatást mutat.

Metschnikoff tehát mindeddig nem győzte le azt a nézetet, hogy a fertőzés ellen való védekezés nem csupán és nem is annyira phagocytosison, a baktériumok felfalásán alapul, mint inkább cytochemismuson, vagyis a szervezet sejtjeiben végbemenő biochemikus folyamatokon, a sejtek bizonyos bakterikus és toxikus inger folytán baktériumellenes, antitoxikus, agglutináló, stb. anyagokat képeznek és választanak ki, melyek úgy a sejtek belsejében léven, mint a sejtekből a test nedveibe jutva, itt is gyengítik, megölik a baktériumokat, hatástalanra teszik a toxinokat.

Korányi Frigyes: Nem bocsátkozik azon vitába, mely a phagocytosisnak, vagy pedig a vérbeli kémiai hatásnak tana körül forog a fertőző betegségek folyamatában, mert működési és vizsgálati körén kívül esik.

De vannak a kérdésnek egyes oldalai, melyek a klinikust közelről érdeklik s vannak bizonyos adatok, melyeket nem lehet nem létezőknek tekinteni, nem lehet, mert oly buvároktól származnak, a kik hiteleseknek bizonyultak, és másodsor, mert olyan szorosan meghatározott számbeli adatokat tartalmaznak, a melyek mindig ellenvizsgálatra képesítenek. És ezen adatok tagadhatatlanul a mellett szólnak, hogy a fertőző betegségek elleni immunizálásban a vegyi folyamatoknak előkelő szerepük van és azt nem lehet egyedül a sejtek vitalis functionjának venni, hanem tényleges, többé-kevésbé meghatározott constans vagy labelis vegyi anyagoktól is függének.

Csak a tetanus és diphtheriara vonatkozó vizsgálatokat hozza fel, hogy az élő és antitoxikus anyagok olyan határozott arányban állanak egymással.

Fel lehet hozni azon adatokat, melyek azt mutatják, hogy azon folyamatok, melyek immunizálásban nyilvánulnak, nemcsak bakteriumok által hozatnak létre, hanem tényleg vegyi anyagok által is, mint a ricin és az ismert Ehrlich-féle vizsgálati adatok, melyek szerint a toxinok, bakterium-mérgek hatása alatt a test protoplasmája bizonyos változásokon megy át, melynek fogva azon mérgek, melyek a testre különben mérgezőleg hatnak, vagy nem mérgezők, vagy másképp hatnak mérgezően, qualitative vagy quantitative vagy időbelileg.

Némely bakterium-mérgekre ki lett mutatva, hogy azok nem úgy hatnak, mint a vegyi mérgek, t. i. nem a szövetekkel közvetlen érintkezés vagy egyszerűen a vérbejutás által és nem a mérgek mennyisége szerint jön létre a hatás, hanem a bakterium-mérgek a szervezetbe jutva, olyan betegségek folyamatát fejlődik ki, mely incubationis stadiummal bír, a miből Ehrlich azt következteti, hogy nem a bevitt mérgek okozza a betegséget, hanem az maga után von bizonyos következményeket, a melyek mérgetermelésből állanak s ez nyilván fertőzési betegségben. Epen a tetanus-mérgek lett kimutatva, hogy kísérletileg a szervezetbe bevive, némely kísérleti állat véréből már eltűnt akkor, mikor a tetanus-göröcsök kifejlődnek.

Midőn a klinikus a fertőző betegségek mivolta felől gondolkozik, nem zárkozhatik el az elől, hogy a fertőző betegségek folyamatában és az azt követő immunitásban vagy az immunizáló eljárásban kémiai anyagok szerepelnek és egyedül a phagocytismus által nem magyarázhatjuk meg mindazon tényeket, melyekkel szemben állunk.

Egyik-másik szaktársa: *Udránszky, Than* emlékezni fognak, hogy hosszú idő előtt, mikor még az is újság volt, hogy a sejtek magvai megváltoznak functio által vegyi alkatukban, többször tanakodtak arról, hogy keresendők volnának olyan anyagok, a melyek által talán kimutatható volna, hogy a vérbe jutott gyógyszerek által egyes idegalkatrészek befolyásoltatnak, mások nem; így pl. a digitalisnak befolyása van az idegrendszer azon részére, a mely a szívmozgást szabályozza és másra nem, stb.; az ilyen mérgeknek bizonyos indirekt immunizáló hatását, valamint a gyógyszerek folytatolagos használata alatt többször észlelhető bizonyos megváltozott hatását nem lehet másképp magyarázni, mint hogy a protoplasma megváltozik ha egy elgyengült szívbetegnél valerianát, aethert, izgató szert adunk és ezek a functiókat emelik és a következő napon már nagyobb adagot kell adnunk, hogy hatást érjünk el, a mi néha egyáltalában már nem sikerül, azt tarthatnók, hogy a protoplasmás anyagok, melyeknek tevékenységét felszabták ezen szerekkel, kimerülnek, de a próba azt mutatja, hogy nem merülnek ki, csak ezen szer iránt, mert ha aether helyett más izgató szert adunk, akkor a protoplasma tevékenysége újból fokozódik; nicotin-mérgezést alkalmazva nyulaknál, az első nicotin-befecskendezésnél a nyúl óriási remegést, clonikus göröcsöket kap s végre hűdést; ha a nyúl életben marad, akkor a következő nicotin-adagnál más a hatás, egyenesen hűdés áll be, nem pedig remegés, azt kell gondolnunk, hogy miután az állat ugyanaz, a mérgek ugyanaz, hogy a protoplasma nem ugyanaz, azt kell gondolnunk, hogy a mérgek, legyenek organikusak vagy nem organikusak, bakteritikusak vagy olyanok, melyeket nem bakteriumnak termelnek, tényleg bizonyos immunitást hoznak létre saját hatásuk által. És ez közel áll azon klinikai és gyógyszer-tapasztalatokhoz, melyekre Ehrlich azt mondja, hogy minden toxikus anyag egy bizonyos antitoxikus anyag képződését vonja maga után kémiai alapon, úgy hogy az immunizálás ténye valamely általános érvényű organikus erő jelentőségére emelkedik. A phagocytosis hatását kizárni a rendelkezésre levő adatok szerint nem volna indokolható, de alkalmasint e téren is in medio veritas; a mai ismereteink szerint a kémia befolyását az immunizálásra szóló kizárni nem tudja.

Hűgyes Endre: Hivatásánál fogva keletkezésétől fogva figyelemmel kíséri a modern pathologia e szóban forgó kérdését, miként fejlődtek arra vonatkozólag a gyakorlati tapasztalatok és elméleti felfogások, melyek megnyilatkoztak a szaksajtóban és a különböző orvosi és hygieniai congressusokon s azon meggyőződésre jutott, hogy az immunizálás magyarázatára felállított különböző elméletek ezen jelzői: phagocytosis, cytochemismus, vagy pedig humoralismus, cellularismus, nem ellenkeznek egymással, hanem inkább csak a buvárok bizonyos nézőpontjait jelzik, a melyekből kiindulva tekintik és magyarázni igyekeznek az immunitás bonyadalmas jelenségeit, a mely körülményre Fodor előbbi felszólalásában szintén utalt.

Metschnikoff és tanítványai különösen a göröcsői vizsgálódás szemüvegén tekintik és magyarázzák azon jelenségeket, Fodor és Buchner s mások pedig vegyi vizsgálatok szemüvegén, mindenki onnan, a honnan

vizsgálódásaival kiindult. Meg kell vallani azonban, hogy a dolgok benső lényegére, a sok részletvizsgálat dacára, sokkal többet ma sem tudunk, mint Theophrastus Bombastus Paracelsus, kinek tanában az „Archeus” — a szervezet későbbi életörője — a fertőző betegségek elleni védekezésben ugyanazt a szerepet játszotta hajdanában, mint most *Metschnikoff* tanában a phagocytosis, Fodornál a vér alaclicitása, *Buchner* alexinja stb. Miként győzi le azonban az „Archeus” a „benyomuló betegséget”, a modern fertőző betegségesirákat, a mikrobákat: tudásunkban ma sem sokkal állunk túl *Paracelsuson*, ki, mert az „Archeus”-t a szervezet alchimistájának nevezte, bizonyára kémiai folyamatok alakjában képzelte. Tulajdonképen ma is ezen állásponton vagyunk, mert, hogy kémiai anyagok ölik meg a benyomuló mikroorganizmusokat, azt a phagocytia-elmélet sem tagadja, mert az intracellularis megemésztés is csak kémiai úton képzelhető. Inkább a körül folyik a vita, vajjon a bakteriumok kémiai megölése intra- vagy extracellularer folyik-e le.

Azok, a kik a vér és vérsavó bakteriumölő tulajdonságából indulnak ki és azt a vér alkalicitásával kapcsolatba hozzák, a kémiai élő hatás helyét nem a sejtekben, hanem magokban a nedvekben (vér, szövetnedv) keresik. Ezzel szemben a phagocytosis szemmel tartható tünetei a sejtek belsejére utalják a behatás helyét. Valószínű az, hogy így is, úgy is történik. Ha a kémiai anyagok a sejten kívül is hatnak, ama hatóanyagok végelemzésben a sejtekből erednek. A phagocytosis szemmel látható optikai tünete, az oculus demonstrálható, a kémiai folyamatok a szerves kémia e részének fejletlensége miatt kevésbé demonstrálhatók; *Metschnikoff* phagocytosisa e miatt nyomulhat ismét meg ismét előtérbe.

Hogy kémiai folyamatok az immunitás létrehozásában szerepelnek, a tiszta kémiai úton előidézett immunitás ismert eseteitől és a különböző antiserumok útján létrehozott immunitásoktól eltekintve, alkalmas példával hozható fel a veszettség elleni immunizálás, hol phagocytosis vagy valamely specifikus bakteriumokat ez idő szerint kimutatni nem lehet, hol az immunizálást úgy lehet felfognunk, mint a morphin iránti immunizálást, hol a legjobb eljárás a veszettség elleni immunitás létesítésére és a veszettség kitérésének megelőzésére az, hogy a szervezetet hozzászoktatjuk a mérgezés fertőző anyagához lassankint az által, hogy a fix vírust igen kis mennyiségben kezdve fokozódó mennyiségben successive visszük be a bőr alá, midőn azután így még a különben halálos dosis sem öl. Itt nem a vírus attenuálása szerepel, mint azt már Pasteur is sejtette, hanem a mérgekhez való successiv hozzászoktatása a szervezetnek. Itt a hatás magyarázatára nem szükséges a szűkebb értelemben vett phagocytosis, a melyre itt különben a bonczlelet sem utal, a mennyiben localiter a befecskendés helyén semmiféle tünete nem látszik a leukocyták felhalmozódásának.

Felszólaló azt véli, hogy a phagocytosis, úgy a mint már eddig is eltért eddigi merev álláspontjától, egyesülni fog a cytochemikus felfogással és mindkettő egy *cellularis theorianak* enged helyet.

Az előadásban nem volt ugyanis eléggé hangsúlyozva az, hogy *Metschnikoff* most már nemcsak a leukocytákat tartja phagocytáknak, mint eredetileg vette, hanem minden protoplasmával bíró sejtre kiterjeszti pl. a lépben levő sejtekre, melyeknek, mint hallottuk is, külön szerepet tulajdonít és erre kísérleti adatokat is hoz fel.

Aujeszký szóló intézetében jelenleg kísérleteket végez a lépfene elleni immunizálásra: ép lép dörzselékének subcutan befecskendése által az anthrax ellen sikerült immunitást létrehozni. Ezen immunitásnál annak létrejötte phagocytismus nélkül is jól elképzelhető és felvehető, hogy az ép lép sejtjei egészben véve tartalmazzák azon kémiai anyagokat, melyek az anthrax-bacillusok elleni védelmet megadják és nem szükséges a hatást arra visszavezetni, hogy a lépemulsióval phagocyták is vitetnek be egyidejűleg a szervezetbe, melyek a beoltott állat meglevő phagocytáit bakteriumölő hatásokban segítik, mert hiszen más szerek pl. a májnak hasonló emulsiójával bevitt leukocyták ezen immunitást létesíteni nem tudják.

Egy dolog bizonyos, hogy physiologiai felfogásunk jelen állásán a humoral és solidar felfogást az élet- és kórtani tünetek e fájának magyarázatában sem lehet különválasztani; a sejtek és a környező nedvek úgyis egy kémiai folytonosságban állanak egymással, a mi benne van a sejten, az kijut belőle a környező nedvekbe, a mi a „humores”-ekben benne van, szakadatlanul átjárja magokat a sejteket is; bármely irányú elváltozásoknak úgyis együttes és egyszerre kell lefolyni bennük, így a phagocytismus és a vér bakteriumölő hatása az ily módon felfogott élő cellularismusban egyesül.

(Folytatása következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(XVI. bemutató szakülés 1898. december 7-dikén.)

Elnök: **Rózsaffy Alajos**; jegyző: **Terray Pál**.

(Vége.)

Kuzmik Pál: Az általános narcosist egy ideig még semmi körülmények között nem leszünk képesek teljesen mellőzni, mert vannak esetek, a hol teljes nyugalomra van szükség, különben nem operálhatunk.

A mi a localis érzéstelenítést illeti, történjék az cocainnal, vagy a Schleich methodusa szerint, sokat tesz az egyén fájdalomérző képessége, a mi individualis dolog: vannak heveny esetek, hol sem narcotizálni, sem localisan érzésteleníteni nem lehet, s a beteg a laparatomiát, bél-resectiót szó nélkül tűri.

Schleich methodusát a sebészeti klinikumon a legjobb eredményre alkalmazták már sok esetben, de az eljárás hosszadalmas és az infiltrált területen praecisen tájékozódni nagyon nehéz; olyankor, mint pl. a nyakon végzendő műtéteknél, hol a topographikus anatómiai viszonyok pontos ismerete, az edények, idegek, izmok lefutása miatt nagyon fontos, a Schleich eljárással érzéstelenítés épen a szövetek infiltrálása folytán nem ajánlatos.

Fistula vesico-vaginalis esete.

Elischer Gyula: A beteg öt napig vajudott. A segélyül hívott orvos constatálta, hogy a magzat meghalt s így annak megszületését a természetes erőkre bízta; a gyermeket a bába vette el s harmadnapra megvolt a fistula.

Mikor a beteget első ízben megvizsgálták, mintegy virgo intacta benyomását tette: hymen annularis megvan, a melyen túl azután egyenesen a hólyagba jutottak.

A fistula úgy keletkezett, hogy mikor a magzat feje a szűk és magas gáttal bíró vaginába nyomult, maga előtt tolta a septum vaginalet, mely berepedt, úgy, hogy a koponya odafeküdt a hólyaghoz, melyet öt napig nyomott, és ezen usura következtében jött létre a kis fistula, melynek alsó részlete a septum vaginaleval nőtt össze.

Széles kétoldali episiotomiával helyet csinálva a vaginában, előtűnt a fistula, a melyet az amerikaiak szerint látott el: leválasztották a hólyag falát s a sebet három mély és négy felületes varrattal egyesítették; felette a vagina falát három mély silkworm és négy felületes selyemkötéssel elzárták. A beteg első napon katheterrel, második napon spontán vizelt, s miután negyedik napon a mély silkworm-öltéseket eltávolították, gyógyultnak volt tekinthető.

Májechinococcus tömlőkivarrás nélkül műtött esete.

Herczel Manó: K. F.-né, 19 éves, kovács neje 2 1/2 óta szenved a bal hypochondriumban székelő és a bal vállba kisugárzó heves fájdalmakban; 2 év előtt gyomra tájékán daganatot vett észre, mely folyton növekedett. A fájdalmak idővel fokozódtak, annyira, hogy aludni nem tudott, nagy fokban lesoványodott és annyira elgyengült, hogy járnai sem tudott, miért is orvosa Hári dr. tanácsára osztályunkra vettette fel magát. *Felvételekor:* Az igen halvány, gyöngye testalkatú nőnél a gyomor tájéka nagy fokban elődomborodott. A bal bordaív és köldök közötti tájékot egy nagy feszes, sima falú, homályosan hullámzó, a légzési mozgásokat élénken követő tumor töltötte ki, mely a bal bordaív alól a bimbóvonalon indult ki, lefelé domborodó alsó határával két ujjnyira maradt a köldök felett, majd ivalakban felkanyarodva a jobb oldali bordaívet a parasternál vonalban érte el. A daganat felett tompa kopogtatási hangot nyertünk, és ez jobb oldalon a máj, bal oldalon a szív tompulatába folytatódott. Mindezen körülményeket tekintetbe véve májechinococcusra tettük a diagnózist, melynek helyességét a szeptember hó 23-dikán Herczel által végzett műtét igazolta. 11 cm. hosszú metszéssel a középvonalban megnyitottuk a hasüreget, a peritoneum parietale a bőrhöz 4—4 varrattal kiszégtük és minekutána próbapunctioval meggyőződünk, hogy tényleg echinococcusal van dolgunk, a műtétet a gyöngye anaemikus betegnél lehetőleg sietendő, az ép máj kinezésével bíró erősen elődomborodó tömlős daganatot nem varrtuk ki a hasfalhoz, hanem bizván abban, hogy a peritoneum parietale és viscerae néhány nap alatt össze fog tapadni, a sebszélek közé jodoform-gaze tamponokat helyeztünk, hogy körülbelül 3 cm. széles segmentuma a hólyagnak domborodjék be a sebszélek közé. A jodoform-gaze felett azon fonalakat, melyekkel a fali hashártyát a bőrhöz kivarrtuk, összekötöttük, hogy esetleges hányásnál hasüri tartalom elő ne eshessen. Hatodik napon a kötést felbontottuk és látván azt, hogy a máj, illetőleg a tömlő fala a sebszélek egész hosszához odatapadt, 6 cm.-nyi hosszban felhasítottuk, mire teljesen tiszta tartalma és a tömlő belső chitinhártyája kiürült. A máj szövete, mely még 3—4 mm. vastagságban fedte az echinococcus tömlőt, bemetszésre bőven vérzett ugyan, de jodoform-gazezel való tamponálásra a vérzés állt. A lefolyás kedvező volt. Műtét utáni 14. napon láz kíséretében az egész testre kiterjedő urticariaszerű kúteg lépett fel, mely négy napon át volt észlelhető, azontúl láztalan gyógyulás.

Echinococcus a hasüregben.

Herczel Manó: Burkonytömlők, melyek nem valamely hasüregbeli szervben, hanem magán a hashártyán fejlődnek, általában véve igen ritkák, egyes szerzők, mint Davaine, primaer előjövételüket egészen tagadják. V. Andolf 22 éves, kereskedő egy év előtt vett észre hasa alsó részében egy gömbölyded daganatot, mely lassacskán nőtt, járásnál fájdalmas nehézségérzést okozott. A beteget, ki kutyákkal nem sokat érintkezett, Hári dr. ur volt szíves osztályunkra utasítani. *Felvételekor* a halvány, lesoványodott férfibetegnél a symphysis és köldök között egy gyermekfejnyi gömbölyded, hullámzó, sima falú, alig mozgatható tumort lehetett tapintani, melynek felső határa egy ujjnyira maradt a köldök alatt, alsó határa a fanívig ért, oldalsó határai a középvonaltól majdnem egyenlő távolságban voltak. A húgyhólyag megtöltésekor vagy kiürítésekor a daganat contourjai nem változtak. A vastagbél fel-fúvásakor a tumor kissé előbbre nyomult, a kopogtatási hang a daganat szélein tompult dobos, centralis része felett teljesen tompa volt. A betegnek mell- és hasüregbeli szervei baloldali lágyéksérven kívül más eltérést nem mutattak. A valószínűségi diagnózis echinococcus és chyluscysta között ingadozott. Herczel a műtétet szeptember hó 22-dikén chloroform narcosisban hajtotta végre; a hasfalakat a középvonalban vezetett, egy ujjnyira a symphysis felett kezdődő 12 cm. hosszú metszéssel keresztül-

vágván, kitűnt, hogy a cystosus daganat a hasfalakhoz szorosan oda van növe és ezért, hogy a tumor felső határát elérhessük és tájékozódhassunk, a metszést a köldökig tágitottuk, midőn a szabad hasüreget megnyitván, kitűnt, hogy a daganathoz a belek szorosan oda vannak tapadva, és a tumor a húgyhólyag felett a belek között foglal helyet. Ezután a daganat alsó részébe vékony Pravatz-féle tűvel beszúrtunk és egészen tiszta folyadékot nyertünk, most már bizonyosak voltunk a felől, hogy echinococcus-tömlővel van dolgunk, mely a belek között a peritoneumon fejlődött. Azután a seb felső részét, hol a szabad hasüreget megnyitottuk, silkworm-varratokkal egyesítettük, a tömlőt pedig, miután az elülső hasfalhoz már oda volt növe, 3 cm.-nyi hosszban egyszerűen megnyitottuk, mire 2 1/2 liter teljesen tiszta folyadék és számtalan echinococcus-hólyag ürült. A fél cm. vastag tömlőfalat 4—4 varrattal a bőrhöz kiszégtük és az üreget lazán tamponáltuk. A lefolyás teljesen láztalan volt, a 7. napon eltávolítottuk a varratokat, második és harmadik héten keresztül irrigatoria bűzös hólyagfalrészletek távoztak. A merev falú üreg csak lassan telődött, jelenleg még nagy diónyi és kevés váladékot secernál.

Osteoplastikus alszárcsonkítás esete.

Herczel Manó: A régi, évszázadok óta alkalmazásban levő csonkító módszereken is igyekszik a modern sebészet javításokat eszközölni, törekvésünk támaszkodásra alkalmas, jó csonkot képezni. Haladásnak tekinthető ezen téren azon módszer is, melyet Bier és Storp honosítottak meg és melyet némi módosítással ezen betegnél végeztem öt hét előtt. Az alszáron a belső mellő felületén a bőrből nyelvé alakú lebenyt képeztem, ezt csak részben fejtettem le és azután felhajtottam, és ideiglenesen három varrattal rögzítettem. Az izomzatot a bőrlebeny alapjának magasságában harántul a végtag tengelyére keresztülvágtam. Most a sípcsont belső felszínén a csonthártyát U alakban, melynek domborúlata a láb felé nézett és melynek szárai 3 cm. hosszúak voltak, bemetsztük. Ezután Gigli-féle sodronyfűrésszel egy szakaszban a tibia belső felszínéről a fent leírt csonthártyalebenynek megfelelőleg egy 3 cm. hosszú, 3—4 mm. vastag csontlemezkét fűrészeltünk ki, majd a fűrészelés irányát megváltoztatva, a tibiát és fibulát az izommetszés magasságában harántul lefűrészeltük. A kis, csonthártyával és bőrrel összefüggő lemezkét letörtük és a sípcsont fűrészelt síkjára ráhajtottuk és a perioston és izomzaton át vezetett két vastag catgutöltéssel rögzítettük. Gondos vérzéscsillapítás után bőrvarrat. A seb per primam gyógyult. Jelenleg a szépen domborodó, teljesen fájdalommenten csonk bőre alatt lehet tapintani a csontlemez, mely még kissé mozgatható és mint a Röntgen-kép mutatja, még nincs teljesen összeforrv a tibia metszlapjával. A bőrheg a peripheriáján van és így a prothesis által nyomást nem fog szenvedni.

Pruritus nephritides alapon.

Csillag Jakab: T. E. 29 éves nő, folyó évi október 20-dikán jött az osztályra félév óta fennálló viszketéssel, melyet addig nem gyógyítottak.

Az erősen lesoványodott és igen halvány nő bőrén akkor a pediculosis vestimentorumnál észlelni szokott localisatióknak körülbelül megfelelő helyeken kiterjedt, és a czombokon és alszáron lobos környekű, vastag, véres pörkökkel fedett, vakarási csíkokat találtak, és bár a beteg ruházatát nem volt már alkalom megvizsgálni, a bőrelnek megfelelőleg a diagnosis excoriaciones e pediculosis vestimenti volt. Miután azonban a ruhaváltás daczára a viszketés folyton fokozódva fennállott, újlag, behatóan megvizsgálták a beteget és ekkor a vizeletvizsgálat nephritis interstitialis chronicát derített ki. Beteget ekkor újlag kikérdezvén, előadja, hogy hét éves korában scarlatinát állott ki, hogy vesetáji fájdalmakat sohasem érzett, hydriopikus tünetei még nem voltak, mindig sovány volt és eltekintve három év óta fennálló köhécselestől, félév előttig egészségesnek érezte magát.

Vajjon a nephritist a 22 év előtti scarlatina okozta-e, vagy valamely más ok, azt eldönteni nem tudják, de ez szempontjukból jelen esetben különben is alárendelt jelentőségű. Tudjuk azonban azt, hogy anaemiás betegeknél a többi tünetek között bőrvizketés is jelen van néha, melynek magyarázata az, hogy a vese hiányos működése folytán a szervezetben felhalmozódott huyanynak és más a vese által eliminálható anyagoknak részben a bőrön át történő kiválasztása direct izgató hatását a bőridegekre.

Ilyen, a nephritistől kifolyó anaemiás tünetnek kell a betegnél jelenlevő igen nagyfokú viszketést is felfognunk, mely oly intensív, hogy betegnek minden nyugalma elrabolja, hogy éjjel ágyában felállva, addig nem nyugodhatik, míg nagy véres barázdákat nem hasít körmével bőrén, mely eddig félhavi észlelés alatt sem diureticumokra, sem localis kezelésre nem javul, fokozódik erős izzadás alatt és progredialó jelleget mutat és csak a zinc-gelatinnal való befedése a bőrnek hozott eddig némi enyhülést a betegnek. Hogy e viszketés tényleg anaemiás tünet, arra enged következtetni a vizeletnek állandóan alacsony fajsúlyja, mely 1.015 fölé nem emelkedik, a koronként fellépő profus hasmenések, a gyakori szédülés, fülzúgás, beteg izgatottsága, melyek lassankint kezdenek előtérbe lépni, de melyeket kezdetben az egyedüli panasz, a viszketés teljesen fedett. Ez esetben tehát egyedül álló tünet, a bőrvizketés vezetett bennünkent egy igen súlyos szervi bántalom, a nephritis felismerésére, figyelmeztet egyúttal az eset a bőrvizketéseknél a vizeletvizsgálat fontos voltára, mert ez nem egyszerű felvilágosításokat szolgáltat azok lényegéről és okáról.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

- Stiller Bertalan:** Az enteroptosis és ideges dyspepsia tana a bordajel alapján 77. l.
Hasenfeld Arthur: Közlemény a lipesei belkórda laboratóriumából. A bacillus pyocyaneussal mesterségesen létrehozott szívbelhártyagyuladástól és egyes a szívbelhártyagyuladástól általában illető megjegyzések. 89. l.
Schultz Henrik: Közlemény a szt. Rókus-kórház V. orvosi (Róna S. főorvos) osztályáról. Adatok az uterus gonorrhoeájának kör- s gyógytanához 80. l.
Török Lajos: A seborrhoea corporis (Duhring) és annak viszonya a psoriasis vulgarishoz és az eczemához. 82. l.
Borbély Samu: Viszontmegjegyzések Hüttl Hümér dr. „A magas hólyagmetszés” cz. dolgozatára tett észrevételeire. 83. l.
Hüttl Hümér: Végső szó Borbély Samu dr. fentebbi viszontmegjegyzéseire. 84. l.

- Tárca. Ifj. Klug Nándor:** Néhány külföldi élettani intézetről. 84. l.
Irodalom-szemle. Könyvismertetés. S. M. Lakjanov: Grundzüge einer allgemeinen Pathologie der Verdauung. 84. l. — **Lapszemle. Landau J.:** A gyomor- és bélbetegségek gyógykezeléséről tannopinnal. 85. l.
Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Nyilatkozat a budai orvosok nevében. — Az orvosi kör országos segély-egyesületének pénztára. — Tiszti orvosi vizsgára előkészítő tanfolyam Kolozsvárt. — Külföldi nostrificált fogorvosi oklevéllel használhatja-e annak birtokosa a fogorvosi címet? — Janesó Miklós. — Roux. — Neumann Fülöp. — A budapesti kir. orvosegyesület stomatológiai szakosztálya. — Pach Henrik. — Kézmárszky tanár szülészeti poliklinikája. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Falta dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 85. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az enteroptosis és ideges dyspepsia tana a bordajel alapján.

Közlő: *Stiller Bertalan* dr. egyetemi tanár.

Körülbelül harmadfél év előtt — hosszú évek során tett tapasztalatok alapján — azt az új észleletet közöltem,¹ hogy az enteroptosis-esetek túlnyomó nagy számánál a tizedik borda mozgékony, azaz ép oly kevésbé van porcz által a bordaívhez erősítve, mint rendes körülmények közt a tizenegyedik és a tizenkettedik. Miután ez a bonczani rendellenesség kétségen kívül veleszületett: ebből az enteroptotikus betegeknél csaknem mindig található leletből azt következtettem, hogy az enteroptosisra való hajlandóságnak is veleszületettnek kell lenni; ez az álláspont, melynek különben már eddig is több előkelő támogatója akadt, voltaképen csak most tekinthető indokoltnak. Miután pedig én az eseteknek igen nagy számában egy bizonyos jellemző organismus-typust állapíthattam meg — karesú csontrendszer, hosszú mellkas, vékony izomzat, esenevész panniculus és főképen igen ingatag idegrendszer —: én tehát úgy tekintem a tizedik mozgó bordát (costa fluctuans decima), mint egy valószínű enteroptotikus vagy neurasthenikus bélyeget, mely egyszersmint a fent jelzett habitusnak legmagasabb fokául tekinthető.

Ezt a bordajelt nemcsak a közönséges enteroptotikus dyspepsiánál találtam, hanem találtam azt legalább is olyan gyakran a hypersecretio acida, azaz a *Reichmann*-féle betegségnél és pedig — a mire eddig egyáltalában nem voltak tekintettel — csaknem mindig az enteroptosis egyéb jeleivel egyetemben. A hypersecretio acida és az enteroptosis közt tehát szoros kapcsolat áll fenn, kísérője valószínűleg a legnagyobb fokú enteroptosisnak és épen úgy, mint ez, szintén veleszületett hajlamosságon alapszik. De sőt a mozgó borda igen gyakran megkülönböztető körülmény szerepét játszhatja, melynek segítségével az egyszerű enteroptotikus, hogy úgy mondjam constitutionalis hypersecretiót, a tabes, myelitis és sclerosisnál előfordulni szokott tüneti hypersecretiótól első látásra meg lehet különböztetni.

Végre, sok évi tapasztalat és a dolog kellő mérlegelése után arra az eredményre jutottam, hogy az ideges dyspepsiák legnagyobb részét kisebb-nagyobb fokú enteroptosis kíséri, vagy jobban mondva:

az enteroptotikus dyspepsia képezi az összes dyspepsia-fajták zömét.

Mindezekből úgy tetszett nekem, hogy a *Glénard* jelentőség-teljes tana különösen genetikus alapját illetőleg nagyon is javításra szorul; nevezetesen — hogy úgy mondjam — egy vitium primae formationison alapulván, keletkezését semmi esetre sem köszönheti a remese jobb görbülete erőművi mozgósításának; és hogy a némely szerzők által még most is alap okként hangsúlyozott helybeli insultusok, melyek eddig a vándorvesék oktatát uralták: fűző, szoknyakötők, szülések, magas cipősarkak, heveny vagy idült traumák csak mint alkalmi okok foghatók fel, melyek a veleszületett hajlandóságot kifejlődésre indítják.

Ez a lényege akkori közleményemnek, mely az említett következtetések részletes ismertetésén s a szomszédos területek érintésén kívül még *Glénard* tanának bírálatát is magában foglalja. Nem csodálkozom azon, hogy közleményem az irodalomban nem keltett ez ideig erősebb visszhangot. Úgy áll ugyanis a dolog, hogy csak kevesen rendelkeznek olyan bő és egyöntetű beteganyag felett, mely által észleleteimet és különösen az azokon alapuló következtetések jelentőségét rövid idő alatt megvizsgálhatták és megerősíthették volna.

Örömmre szolgál, hogy daczára ennek, észleleteimet a maguk összeségükben már eddig is két, mindenestre mérvadó helyről megerősítették; t. i. *Ewald* klinikájáról és magától az enteroptosis tanának megteremtőjétől, *Glénard*tól. *Kuttner*¹ és *Dyer* az *Ewald* klinika nagy beteganyagán, kifejezett mozgó bordájú egyéneknek állandóan neurastheniát vagy részleges vagy teljes enteroptosist találtak. Ők, constatalván a bordajelt, azon búvárokhoz csatlakoznak, kik klinikai tapasztalatok alapján felveszik a veleszületett hajlandóságot. *Glénard*² két nagy cikket szentel a tárgynak, melyekben munkámat körülményesen ismerteti és csaknem minden állításomat megjegyzésekkel kíséri.

Glénard szintén megerősíti észleleteimet, de azon öröködik, hogy következtetéseimet, melyek az ő tanát lényegesen támogatják is, de némely részletekben módosítják és javítják, az ő eddigi nézetei értelmében és érdekében megdöntse.

Elmult két éve annak, hogy az eredeti közleményt közreadtam; a tárgyat azóta is teljes figyelemmel kísérvén, azon helyzetben vagyok, hogy ezt az én tanomat új világításban mutathatom be; teszem pedig ezt kapcsolatban a *Glénard* megjegyzéseire való válaszszaal a következőkben: A tünetek tekintetében köztünk

¹ Orvosi Hetilap 1896. 41—42. sz. és Archiv für Verdauungskrankheiten. 2. Band.

¹ Über Gastropose. Berl. klin. Wochenschrift 1897 Nr. 20.

² Revue des maladies de la nutrition 1897, Nr. 2 és 4.

fennálló nézetkülönbségekkel csak röviden akarok foglalkozni. Glénard tünettanának doctrinair tételeit már első közleményemben bírálat alá vettem és az ő felelete sem térített meg. Meg kell azonban adnom, hogy kifejezett gastropotosisnál a has tényleg alakváltozást szenved az által, hogy az epigastrium besüpped, a has középső és alsó része pedig a gyomor és belek süllyedése folytán elődomborul. Azt is concedálok, hogy az epigastrialis lük-tetés nem csupán mint ideges tünet lép fel, hanem a gyomor nagyfokú lesüllyedése esetében a has felső részének szabaddátétele miatt is érezhetővé válik. Azonban folytatólagos észleléseim alapján megmaradok azon állításom mellett, hogy a vakbél nemesak, hogy nincs összehúzódva (bandin coecal), hanem kifejezetten atóniás és kitágult; itt t. i. majdnem ép oly állandóan, mint a gyomron, locsogás érezhető. A haránt remese összehúzódása által támadt köteget, becsületes igyekezetem és bátran mondhatom, a tapintásban való gyakorlottságom daczára, csak elvétve és nem elég megbízhatóan bírtam megtalálni. Ép így nem találtam, hogy a májnak és lépnek lesüllyedése az enteroptosis állandó vagy csak gyakori kísérő tünete lenne, még kevésbé azt, hogy ehhez gyakran cholelithiasis csatlakoznék. A májnak, lépnek és kizárólag a bal vesének süllyedését vagy mozgathatóságát láttam, de olyan esetekben, melyeknek a mi kórképünkhöz semmi közük sem volt, hanem a hol ezen szervek mozgékonyosságát erőművi úton létrejöttnek kellett tekinteni. Ellenben a térdreflex fokozott voltát az igazi veleszületett enteroptosis kivétel nélkül állandó kísérőjének tartom.

Térjünk át a fontosabb nézeteltérésekre. Glénard azt mondja, hogy miután a 10-dik borda rögzítettségének vagy mozgékony-ságának okát nem ismerjük, nehéz annak mozgó volta és a szervek egyidejű süllyedése genetikussá összefüggését megmagyarázni. Hiszen én nem is tételezem fel a két jelenség oki összefüggését, hanem azt állítom, hogy miután — az én tapasztalatom szerint — a legtöbb enteroptosist a 10-dik borda mozgékony-sága kíséri, ez pedig veleszületett rendellenesség, egy neme az elfajulás jelének, miután továbbá én ezen esetek legnagyobb részénél paralytikus mellkast, karcú csontrendszert, gyenge izomzatot és a bőrallati zsírszövet hiányát, végre kifejezett neurastheniát és dyspepsiát észleltem: ezek-ből nem csak jogosultán, de elhárítatlanul következik, hogy a szervek és működési zavaroknak ez az egész sora egy eggyűvé tartozó egységes kórkép képez, mely a veleszületett bordajel állandó jelénté mellett, szükségképpen veleszületett hajlandóságra mutat. Úgy érzem, éppen nem vagyok köteles, hogy ezen jel fejlődéstani okának magyarázatába bocsátkozzam. Következtetéseim e magyarázat nélkül is biztos talajon épültek. Különbö a bordajel oktani magyarázatával ép oly kevésbé rendelkezem, mint más vitum primae formationis-sal, melyet pl. a veleszületett szívhaj vagy veleszületett elme-betegségre való hajlandóság kísér. Ezen jeleknek a tulajdonképeni bántalommal való genetikussá összefüggését nem lehet kimagyarázni, de a tapasztalás kétségtelenül bizonyítja, hogy azok, mint állandó kísérői, életfontos szervek fejlődési rendellenességeire mutatnak.

Felállítottam azt a tételt, hogy ha a 10-dik borda mozgékony-nak találhatjuk gyermeknél, ez a jel azokat jövődöbéli neurasthenikusokká és enteroptotikusokká bélyegzi.

Ezt a jelt azóta is — ismételtén — találtam gyermekeken, részint a vesék lesüllyedésével, részint a nélkül, de csaknem mindig kifejezett neurasthenikus és dyspeptikus jelek kíséretében; s miután ezen tapasztalatom mögött több mint 7 évi megfigyelési idő áll: eme állításomat fentartom. De sőt megfigyeltem olyan eseteket is, midőn ilyen gyermekek anyáinál bordajelt találtam kifejezett enteroptosis kíséretében. Ilyen és ehhez hasonló tapasztalatokból, úgy hiszem bátran következtethetem, hogy: a tizedik mozgó borda az enteroptosisra való hajlandóság megbízható jeléül és a neurasthenikus-dyspeptikus, hasi szervek süllyedésével és atóniájával járó betegségre való hajlamosság kifejezéseken tekint-hető. Az élet körülményeitől függ azután, hogy ez a veleszületett hajlandóság milyen fokra fejlődik s mennyire lép előtérbe. A kinek nagy beteganyaga van, egész sorozatát állíthatja fel a különböző fejlődési stadiumoknak, az idegek és az emésztés renyhe-ségének kezdetleges alakjaitól kezdve, hol az enteroptosisnak csak durványai vannak jelen (legnagyobb-brészt csak gyomorlocsogás), egészen a legmagasabb fokáig, midőn a neurasthenikus és dys-peptikus egyén gyomra nagyon ki van tágulva, mélyre le van süllyedve, mindkét veséje vándorvase, néha még a mája és lépe

is leesűszott, ő maga pedig annyira tönkre van téve, hogy ki-nézése egy tüdővész vagy rákos beteg gyanúját kelti. És ezek az egymástól toto coelo különböző kórképek mégis ugyanazon körkeretbe tartoznak. Mindkettőnek bélyege a mozgó borda, mely az egyiknél csak mint a hajlandóság jele, a másiknál pedig már mint a kifejlődött bántalom kísérője szerepel. De sőt — mint a következőkben kitétszik — a hajlandóság jele olyan beszédes, hogy a mozgékony-ság foka elég megbízhatóan bevilágít a jövő-döbe, a mennyiben a megfigyelőt nemesak a hajlandóság meg-állapítására képesíti, hanem még annak fokozatát is elárulhatja.

Glénard megütközik a hajlandóság tételén, mely mint egy valószínűsítő petitio principii, tünetet egy szóval akar megmagyarázni, azért, mert annak kóroktana ismeretlen.

De voltaképen mire való az a mindenáron való szabadkozás egy oly fogalommal szemben, mely a kórtanban nem is nélkülözhető? Meg vagyok róla győződve, hogy ha Glénard iratait e szempontból kicsit átböngészném, őt magát is gyakran rajtakapnám e szó és fogalom használatán. *Dispositio alatt olyan külső és belső okok össze-gét értjük, melyek a testben valamely betegség fejlődését feltétele-zik, illetőleg megkönnyítik.* Mentől jobban fejlődik tudásunk, annál szorosabban bírjuk ezt a fogalmat egyes esetekben körvonalozni. Tudjuk, hogy a szesz és az ólom a májat és a vesét cirrhotikus folyamatokra hajlamossítja és azt is tudjuk, miért. Tudjuk, hogy a lefolyt bújakór tabesre és haladó hűdéses butaságra, hogy az el-hízás arterio-sclerosisra, cukorbetegségre és epekövek keletkezé-sére hajlamossítja, de ezen hajlandóság tényezőit nem ismerjük. S vajjon bírja-e Glénard szorosabban meghatározni az öröklési hajlandóságot, melyet pedig ő bizonyára sem nem tagadhat, sem nem nélkülözhet. Az idők folyamán meg fogjuk ezeket ismerni, de addig sem juthat eszünkbe, hogy ezt a fogalmat és nevét el-ejtsük.

Miután én egy bizonyos szervezet típust és a mozgó bordát oly rendkívül gyakran együtt találom az enteroptosis-sal s miután ezt a bordajelt soha és sehol sem találom: okvetlenül azt kell mondanom, hogy ez a testalkotás veleszületett bélyegével vele-született hajlandóságra, de többet mondok, tapasztalatom sze-rint ideges-dispeptikus zavarok kíséretével járó öröklött entero-ptosisra mutat; és egyelőre további kutatásoktól várom, hogy ezen hajlandóság fogalma élettani és kórtani elemeire bontassék.

A leghatalmasabb tromfja Glénard-nak azon kétség, melylyel a tizedik mozgó borda veleszületett volta iránt viseltetik, lehető-nek tartván, hogy az fűző vagy szoknyakötők viselése által sze-reztetik. Ha így állna a dolog, akkor természetesen összes követ-keztetéseim halomra dőlne. De szerencsére a bonczasztal kétségbevonhatlan bizonyítékokat szolgáltat e jel veleszületett volta mellett. Nézzünk meg egy normalis 10-dik bordát. A csont egy aláfelé domború, befelé keskenyedő $2\frac{1}{2}$ —3 cm. hosszú porc-léczben folytatódik, melynek csúsa porc által erősen a bordaívhez, illetőleg a 9-dik borda porczához van rögzítve. Ez a porczalécz részt vesz a bordaív képzésében, a mennyiben annak egyik seg-mentumát képezi. Nézzünk most meg egy mozgó 10-dik bordát. Többféle fokozatot fogunk találni, melyeket én e stigma által jellemzett dyspeptikus, ideges bántalmak fokainak mértékeül merek nyilvánítani. A legnagyobb fokúnak akkor tartom, ha a 10-dik borda képződése teljesen hasonló a physiologie is mozgatható 11-dik és 12-dik bordához, melyeknek végei nemesak hogy sza-badok, de sőt csontvégüket csak egy porczsapka vagy rövid, tompa porcznyújtvány fedi. Ha a 10-dik bordának is ilyen az alkotása, akkor nyilván hiányzik annak rendes csúsfafutó porcz-léce és a tompa vég laposan, vagy plane a mellkas felszine felé görbítve végződik. Ezen deformatio legkifejezettebb alakjánál az ujj a 9 és 10-dik borda közé fér és úgy találtam, hogy ilyen esetekben a 11. és 12-dik borda, különösen physiologikus szabad volta és mozgékony-sága sokkal kifejezettebb a rendesnél, de a mi még jellemzőbb, ilyeneknél még a 9-dik borda porcza is vala-mennyire mozgékony, azaz nem teljesen rögzített. Mindezt ép úgy lehet a rendesen sovány betegeken észlelni, mint a hullán és pedig vagy a mutatóujj hegyének nyomásával, vagy úgy, hogy a borda végét hüvelyk- és mutatóujjunkkal megfogjuk.

(Folytatása következik.)

Közlemény a lipcei belkóroda laboratóriumából.

A bacillus pyocyaneussal mesterségesen létrehozott szívbelhártyagyuladásról és egyes a szívbelhártyagyuladásokat általában illető megjegyzések.

Hasenfeld Arthur dr.-tól.

(Folytatás.)

B) A kísérletek ezen csoportjában a *b. pyocyaneus* a szív belhártyájának, illetve az aorta billentyűinek egyidejű megsejtése mellett befecskendeztem be. A kísérletek ezen csoportjában tehát a *b. pyocyaneus* befecskendezésével egyidejűleg mesterséges aorta insufficienciát hoztam létre. A kísérletek lefolyása a megelőző csoportban leírtaktól lényegesen különbözött.

A kísérleti állatok az infectiót követő 2–20. napon kivétel nélkül elpusztultak, míg az előbbi állatok sértetlen endocardiummal az infectiót kiállották, ámbar a *b. pyocyaneus* culturáit ezen aort. insufficienciás állatoknál is ugyanazon mennyiségben fecskendeztem be, mint megelőzőleg, sőt egyes esetekben lényegesen kevesebbet, t. i. egy 24 órás culturának csupán $\frac{1}{100}$ – $\frac{1}{200}$ részét. Valamennyi állat mindvégig súlyos beteg volt, magas láz és a legtöbbször profus hasmenés lépett fel. A testsúlyveszteségek nagyobbára még jelentékenyebbek voltak, mint megelőzőleg.

Az állatokat a betegség egész tartama alatt pontosan megfigyeltük. Csak néhány észleletről szeretnék említést tenni.

Az aortabillentyűk átszakítása után fellépett zörej rendszeren igen erős volt, azonban több esetben volt alkalmam tapasztalni, hogy ezen erős zörej később, a betegség 2–3. napján, a nélkül, hogy a szív ereje még lényegesen alábbhagyott volna, jelentékenyen gyengébb lett; nem egyszer a zörej egész jellege megváltozott.

Egyes állatoknál megint azt láttam, hogy a láz néhány nap alatt megszűnt és az állatok látszólag egészségesek voltak, 4–5 láztalan nap után a hőmérsék ismét felemelkedett és az állatok ezen második lázroham alatt elpusztultak.

Ezen észleletek fejtegetésébe későbbben bocsátkozom.

A *boneczlelet* ezen *pyocyaneus*-szal fertőzött billentyűbajos állatainknál több tekintetben volt érdekes.

A szív belhártyája igen nagyfokú elváltozásokat mutatott, még pedig valamennyi állatnál, melyek a *b. pyocyaneus*-szal való fertőzést legalább 2–3 nappal túléltek. Az elváltozások annál jelentékenyebbek voltak, mennél később haltak el az állatok.

Ezen elváltozások azonban az endocardium csak azon helyein voltak találhatók, melyek a műtét alkalmával sérülést szenvedtek. A legfőbb elváltozások tehát természetesen a szétroncsolott aortabillentyűk helyét foglalták el, csekélyebb elváltozásokat a parietalis endocardium csupán oly körülírt helyein találtam, melyek a műtét alkalmával a canule gombja által felületesen sérülést szenvedtek. Elvétele az aortaív belhártyáján is voltak elváltozások, ezek elhelyeződése is világosan mutatta, hogy itt is a behatoló eszköz sérülései mentek előre.

A szív belhártyájának ezen elváltozásai az egyes esetekben egymástól alig különböztek. Szemölesszerű szürkésfehér felrakódásokat találtunk, melyek csak kiterjedésüket és nagyságukat illetőleg mutattak különbséget.

Ezért rövidség okából csupán egy eset boneczleletét akarom részletesebben ismertetni.

A IV. számú házinyul szívébe 1897. május 11-dikén az aorta billentyűinek egyidejű szétroncsolása mellett egy 24 órás *pyocyaneus cultura* $\frac{1}{50}$ részét fecskendeztük. Az állat május 24-dikén, vagyis 13 nap múlva halt el.

A *boneczolás* eredménye a következő: Az állat csak kevéssel soványodott. Testsúlya az infectio előtt: 1540 gm.; kevéssel a halál előtt 1450 gm., A szív túltengett, súlya 6.10 gm., a relativ

szívsúly: $\left(\frac{\text{szívsúly}}{\text{testsúly}}\right) 0.00398$.

A különösen balfelében megnagyobbodott szív pericardiumán elváltozások nem láthatók. A bal szív izomzata túltengett, halvány barnavörös, elzsírosodás makroszkopice nem konstatálható; ürében sok lazán alvadt vér. A bal mellső aortabillentyű teljesen el van ronesolva, helyét egy kis borsónyi sárgás-

fehér szemölesszerű felülettel bíró képlet foglalja el. Az aortának közvetlenül a billentyűk felett fekvő falán hasonló kisebb felrakódások láthatók. (Ezen elváltozások oly kifejezetek voltak, hogy a képet állandósítani óhajtván, a szívet lefénképeztem.) A leírt növedékekről glicerín-agarra oltva, a *pyocyaneus* tiszta tenyészetét nyertem.

A vesék felületén emboliás infarctusok. Heveny léptumor.

Górcső alatt az elváltozásokat olyanoknak találtam, mint Rosenbach (l. c.) a mesterségesen létrehozott endocarditiseknél már leírta.

A felrakódások fehér vérsejtekből, vörös vérsejtekből és fibrinből állottak, azonkívül a *b. pyocyaneus* nagy tömegekben volt bennük található. Az ezen felrakódások alatt közvetlenül fekvő izomzat körülírt helyen necrosist mutatott.

A szív izomzata a boneczolások alkalmával makroszkopice beteges elváltozásokat nem mutatott. Friss készítményeken csak elvétele találtam jelentéktelen zsírosodást. Festett készítményeken — ámbar a szívet gondosan átvizsgáltuk — csak nagy ritkán láttam egészen apró körülírt góczokat, melyek teljesen a gömbölyű sejtbeszűrődés képet nyújtottak és melyeknek megfelelőleg az izomzat tönkrement volt. Hangsúlyozni óhajtom, hogy ezen elváltozások csak igen ritkán és nagyon kis területeken voltak találhatók.

Különös említést érdemelnek továbbá *pyocyaneus*-szal fertőzött aortainsufficienciás állatoknál a szív súlyában beállott változások.

A szív túltengése azon állatoknál, melyek az infectiót legalább 10 nappal túléltek, rendszeren már egyszerű megtekintésnél is konstatálható volt.

A túltengés fokának megítélhetése miatt a szívet Müller¹⁶ eljárása szerint pontosan megmérve, a viszonylagos szívsúlyt is megállapítottam.

Az állatok — mint már említve volt — a *pyocyaneus* betegség alatt rendszeren lényegesen lefogytak, ez okból a viszonylagos szívsúly meghatározásánál az eredeti, vagyis a betegség előtti testsúlyt kellett számításba venni, mivel Voit vizsgálatai azt bizonyítják, hogy a szív a soványodásban alig vesz részt.

Ezen körülményt figyelmen kívül hagyva, vagyis a relativ szívsúly meghatározásánál a szívsúlyt a *pyocyaneus* betegség alatt megfogyott testsúlylyal kapcsolatba hozva, könnyen megtörténhetett volna, hogy oly esetben is szívtúltengést állapítunk meg, a hol tulajdonképpen a szív súlyában változás nem történt és

a szív relativ súlyának $\left(\frac{\text{szívsúly}}{\text{testsúly}}\right)$ látszólagos emelkedése egy-

szerűen azért jött létre, mert a testsúlyban csökkenés történt. A szív relativ súlyát ezért úgy állapítottam meg, hogy a szív súlyát az eredeti, vagyis a betegség előtti testsúlylyal hoztam relatióba. Azonban ezen számítás mellett is azt találtuk, hogy az aortabillentyűk elégtelensége az esetek többségében — feltéve, hogy az állatok elég hosszú ideig éltek — az oly nagymérvű táplálkozási zavarokhoz (lesoványodás) vezető *pyocyaneus* betegség daczára szívtúltengéshez vezetett. Romberg és én¹⁸ a normalis házinyul relativ szívsúlyát átlag 0.00238 viszonyzámmal kifejezhetőnek találtuk. A IV. számú állatnál ezen viszonyszám 0.00398-ra, a IX. sz.-nál 0.00364-re, a XI. sz.-nál 0.00311-re szűkött fel. Ily magas viszonyszámokat normalis állatoknál sohasem kaptunk, így tehát ezek a szív túltengését kétségen kívül bizonyítják.

A kísérletek tehát bebizonyították, hogy a *b. pyocyaneus*-szal is képesek vagyunk mesterséges endocarditist létrehozni. Kísérleti berendezésünket tekintetbe véve, melynél lehető volt a körököző bacillust közvetlenül az endocardiumra juttatni, különös fontosságot nyer ama körülmény, hogy a *pyocyaneus* endocarditis csupán az endocardium egyidejű megsejtése mellett jöhetett létre. Azt láttuk, hogy a szív sértetlen belhártyája még ily nagy mennyiségben közvetlenül rája került mikroorganizmusoknak is ellenállani képes. A mi eljárásunk tehát minden eddigi kísérletnél szebben igazolja, hogy a kórmező mikroorganizmusok egyedül bajt mindaddig nem okoznak, míg az endocardium valamiféle

sérülést nem szenvedett. *Orth* (l. c.) tehát méltán hangsúlyozza az endocarditis létrejövéséhez szükséges disponáló tényező fontosságát.

Sohasem szabad elfelednünk, hogy a kísérleti úton létrehozott betegségekből nem szabad egyszerűen az emberi pathológiára következtetéseket tenni; mégis azt hiszem, hogy kísérleti eredményeink egyik-másik tekintetben az *emberi pathológiára* is vonatkoztathatók.

Kísérleteink ugyanis oly világosan bizonyították az endocarditis létrejötténél szerepet játszó disponáló momentum kiváló fontosságát, hogy azt hiszem jogunk van a legnagyobb valószínűséggel felvenni, hogy az *emberi endocardiumon is csak akkor fognak a kórnemző mikroorganizmusok megtelepedni, ha az endocardium felvételükre valami módon disponáló lett.* Távrol sem gondolom, hogy ezen dispositio mindig az endocardium valamely szöveti laesiojában keresendő, hanem valószínűnek tartom, hogy a dispositiot megkülönböztető táplálkozási zavarok stb. is képezhetik. A megkülönböztető nagy fontosságát a tüdőgyulladás létrejötténél legújabbban *Dürk*¹⁹ kísérleti úton be is bizonyította. Valószínűnek kell azonban mondanunk, hogy embernél az endocarditis létrejötténél a disponáló tényezőt leggyakrabban éppen az endocardium mechanikus laesioi képezik. Erre vall első sorban az endocarditiseknek a szájadékok körül való gyakori localisatioja is, mert hisz mechanikus laesioi éppen a billentyűkön, egyrészt életani működésük, másrészt finomabb szöveti szerkezetük folytán legkönnyebben jöhetnek létre.

A mondottakat tekintetbe véve könnyen érthetővé válik, hogy billentyűbajosoknál, kiknél a szív belhártyája a lefolyt endocarditis következtében szövetében elváltozott, miért látjuk oly gyakran az endocarditisek *heveny alakjait* újból és újból ismételtten fellépni? hogy a septikus endocarditisek miért jönnek előszeretettel már meg betegedett billentyűkön létre?

Nem valószínű, hogy az illető kórnemző mikroorganizmusok a régi endocardialis felrakódásokban hosszabb ideig tényleg élnek, hogy azután hosszabb idő múlva ismét szaporodásnak indulva, a már lefolyt bántalom kiújulásához vezessenek; sokkal valószínűnek tartom, hogy chronikus endocarditisnél ezen úgynevezett kiújulások azért oly gyakoriak, mert a kórnemző anyagok, bármily úton is jutottak legyen a véráramba, egy lefolyt endocarditis következtében elváltozott endocardiumon könnyen megtelepedve, egy újabb heveny szívbelhártyalobhoz vezetnek, míg egy teljesen egészséges endocardiumon — az endocardium ezen szöveti laesioja, tehát a disponáló momentum hiányozván — megbetegedéshez nem vezethetnek.

Az említetteknek úgy hiszem gyakorlati jelentőségük is van. Természetesnek látszik ezek után, hogy billentyűbajban szenvedők, kiknek endocardiuma minden körülmények között szövetileg elváltozott, a lehetőségig óvandók, nehogy kórnemző mikroorganizmusoknak a véráramba való bejuthatására alkalom adassék. Billentyűbajosok tehát nemcsak az általánosan teljes joggal félt és ismert *heveny fertőző bajok* elől óvandók, hanem figyelemre méltóak, hogy még jelentéktelen *sérülésektől* is a lehető legnagyobb gonddal óvakodjanak, nehogy ez úton egyes kórnemző anyagoknak a szervezetbe való bejuthatását lehetővé tegyék. A *garat* képleteire is figyelemmel kell lenni, egy *angina* — mint azt többször észleletek bizonyítják — is kaput nyithat kórnemző anyagoknak a szervezetbe való bejutására. A gondos orvos továbbá helyesen fog cselekedni, ha billentyűbajos betegeinél a *bélhuzam* viszonyaira is figyelni fog. Nincs ugyan még teljes biztonsággal bebizonyítva, de valószínűnek kell tartani, hogy a véráramba bizonyos kórnemző anyagok a *bél* felől is juthatnak. Nem lesz tehát felesleges, ha billentyűbajos betegeknél a *bélhuzam* lehető antisepsisét arra alkalmas módon elérni igyekezzünk.

Talán többször fog sikerülni ily prophylaktikus eljárások igénybevétele mellett a kórnemző anyagok felvételére annyira disponáló endocardiumot újabb infectióktól megóvhatni.

Kísérleteinkkel kapcsolatosan a *szívzörejek intenzitásáról* is óhajtánék megemlékezni; mennyire lehet és szabad a szívzörejek erejéből a billentyűbaj súlyosságára következtetnünk?

(Folytatása következik.)

Közlemény a szt. Rókus-kórház V. orvosi (Róna S. főorvos) osztályáról.

Adatok az uterus gonorrhoeájának kór- s gyógytanához.

Schultz Henrik dr. nőorvostól.

(Vége.)

Agyógyulatlan epithetonszándékosan használtam a gyógyíthatatlan helyett, mert azt hiszem, hogy a gonorrhoea nem gyógyíthatatlan betegség, dacára annak, hogy 30% gyógyulatlan uterus gonorrhoeát mutatok ki, de meg vagyok győződve, hogy több idő s ismételt kezeléssel ezek közül is soknál értünk volna el gyógyulást. Annyit mondhatunk csak, hogy az uterus gonorrhoeája nehezen gyógyítható, s hogy körülbelül 30%-ában az eseteknek az intrauterin kezelésnek általunk alkalmazott módjával s számával nem sikerült gyógyulást elérni, de az *kétségtelennek látszik, hogy az uterus gonorrhoeának 70%-ánál eltűntek a gonococcusok az uterus váladékából, s hogy ezen körülményt csak az intrauterin kezelésnek tulajdoníthatjuk.* Ezt annál inkább állíthatjuk, mert hosszú ideig oly betegeket is láttunk a kórházban, a kiknél az uterinalis gonorrhoea miatt nem történt kezelés s a gonococcusok nem is tűntek el a váladékból. Ezen eseteknél lob vagy izzadásmány miatt maradt el a kezelés. Igaz ugyan, hogy kezelés mellett is voltak gyógyulatlan eseteink, a melyeknek sorsa talán hosszú idő múlva egyenlő lesz amazokéval.

Valószínűséggel azt mondhatjuk, hogy idővel minden kezelés nélkül is meggyógyulnak ezek; úgy mint zárt ürökben tönkre mennek a gonococcusok, megtörténhetik ez idővel az uterusban is. Ha azonban ezen lehetőséget felteszszük s elfogadjuk, akkor a localis kezelés feleslegesnek látszik. A mi tapasztalásunk nem igazolja ezen utóbbi álláspontot, mert a jövőben *bekövetkező spontán gyógyulást intrauterin kezeléssel eseteink 70%-ában előbb érték el az uterus gonorrhoeánál, ezen kéjnek fertőző képességét tehát jelentékenyen redukáltuk. A mi pedig a cervicalis gonorrhoeát illeti, a mit kevés kivétellel gyógyítanunk sikerült, azt kezelni annál inkább szükségesnek tarthatjuk, mert ez által idejében megakadályozhatjuk még, hogy uterinalis gonorrhoea fejlődjék ki.*

A gyógyulás kriteriumához tartozik természetesen az is, hogy a gyógyulás lehetőleg állandó maradjon. A mi anyagunk sajnos e tekintetben nem igen szolgáltat bizonyítékot, mert a gyógyultan kibocsátott kéjnek újabb fertőzésére meg van adva minden alkalom s csak néhány oly esettel rendelkezünk, a melyeket a kedvező véletlen folytán annak bizonyítására használhatunk fel, hogy a kezelés által elért gyógyulás tartós maradt. Az ismételt kórházba került betegek között ugyanis a II. s VIII. csoport betegeinél látjuk, hogy cervix gonorrhoea miatt az első alkalommal végzett kezeléssel elért gyógyulás a másik alkalommal is még fennállott, azaz 10 betegnél így tartós maradhatott a gyógyulás, mert ezek időközben újabb infectiót nem szereztek; ezek között egynél azt is láttuk, hogy a gyógyult cerv. gonorrhoea másodszor is fennállott, harmadszor már ismét volt cerv. gonorrhoea melyet ismét kigyógyítottunk s negyedszer újra konstatálhattuk a gyógyulás tartósságát. (L. csoportok táblázatát.)

Az uterus gonorrhoeája közül a VI. csoport öt betegeinél volt még szerepe a szerencsés véletlennek, miután ezeknél ismételt felvételnél az uterus gonorrhoeának is tartós gyógyulását konstatálhattuk.

Ezen betegek egyike háromszor s másika négy ízben került ezen idő alatt a kórházba s a mindannyiszor pontosan végzett görösői vizsgálat mindig negatív volt. A VII-dik csoport betegeinél, a kiknél a cervix gonorrhoeájának gyógyulása után az ismételt bejövétel alkalmával újra izolált cervix gonorrhoea volt jelen, azt kell feltennünk, hogy a második alkalommal konstatált gonorrhoeát időközben újból szereztek. Ezen feltevés jogosultságát megerősítik a privatgyakorlatban észlelt gonorrhoeás betegek, a kiknél ha pl. férj s feleség meggyógyulnak s más oldalról újabb infectio nem történik, a gyógyulás tartós, s a szó szoros értelmében vett kiújulás nem szokott előfordulni.

Megtörténhetik, hogy a kezelés alatt nagyobb számú betegek közül talán egynéhány gyógyultnak deklarálják, s tulajdonképpen még sem az, de ugyanezt nem lehet feltenni az esetek legnagyobb részéről. A kevés kivételes esetről is nem a lényeg

szenved, azaz nem a kezelés hiábavaló voltán, tehát nem a kezelés elvén esik csorba, hanem ezen esetek a góresői vizsgálatl járó még fennálló hiányokra mutatnak, a mit azonban ez idő szerint még nem tudunk korrigálni. Feltéve tehát, hogy az uterus gonorrhoea gyógyításánál nálunk is voltak ily esetek, ezeknek javára a 70%-ból levonhatunk talán még 5%-ot, s még így is elég eredményünk marad arra nézve, hogy uterus gonorrhoeánál az intrauterin kezelés jogosultságát igazoljuk, de még sokkal inkább tehetjük ezt cervicalis gonorrhoeánál.

Eseteinkkel beigazoltuk, hogy az intrauterin kezeléssel nem ártottunk a betegnek oly értelemben, hogy a cervix gonorrhoeája ez által átterjedt volna az uterusra, s az sem történt meg, hogy ez által az adnexmegbetegedések kifejlődését elősegítettük volna; eltekintve néhány fent említett kivételtől, azt hiszem nem tehetjük fel azt sem, hogy kezelésünkkel a gyógyulási folyamatnak ártottunk volna, így tehát a *cervix s uterus gonorrhoeájának kezelése nemcsak hogy el nem ítélendő eljárás, hanem igen is ajánlatos s követsre sőt tökéletesítésre nagyon is méltó.*

A gyógyítás nehézségei kétségtelenül fokozódnak, ha a gonorrhoeás folyamat régebb s ha az uterusra vagy adnexokra átterjed, vagy pedig ha az uterus szövetének mélyébe hatol; azért kívánatos, hogy idejekorán kezdjünk már a gonorrhoea gyógyításához s különösen uterus gonorrhoeánál már akkor, midőn a folyamat még a cervixre korlátozódik. Az uterus gonorrhoeák közül 23 beteget boesátottunk ki gyógyulatlanul, a kik közül öt került ismételve a kórházba s ezek közül négy újból uterus gonorrhoeával, egy pedig gyógyultan (VI. csop. 4.), ezeknél tehát a kezelés dacára sem következett be gyógyulás, jóllehet 4–5 hónap telt el a kezelés s az újabb felvétel között. Az 53 gyógyultnak tartott uterus gonorrhoea közül is öt került ismételve kórházba s ezek közül négyenél nem találtunk sem cervicalis sem uterinalis gonorrhoeát, az ötödiknél (V.-dik csop. 4.) azonban úgy a cervixben, mint az uterusban is ki tudtuk mutatni a gonococcusokat a második alkalommal is. A többi gyógyult uterus gonorrhoea esetről ez ideig nem volt alkalomunk meggyőződni a gyógyítás tartósságáról.

Régebben a gonorrhoeát vagy éppen nem, vagy keveset kezelték s talán éppen ezért oly nagy ma a gonorrhoeások száma. Nem kezelés, vagy hiányos kezelés által a gonorrhoeás folyamat chronikussá válik s a női gonorrhoeánál éppen ezen stadium az, a midőn azután a gyógyítás nehézségei előtérbe lépnek. E tekintetben megtaláljuk az analógiát a férfi húgyeső kankójánál, a melyről azt tudjuk, hogy helyes s idejében alkalmazott kezelés mellett, ma már sokkal ritkább a strictura, mint régebben, már pedig stricturával egybekötött chronikus kankót nehezebb gyógyítani, mint a gonorrhoeát első stadiumában. Az újabb kezelésben Behrend mégsem bizik s ezért a régi szabályok szerint végzi a kezelést, a melynek értelmében elegendőnek tartja a timsós hüvelyöblítést, heveny eseteknél pedig, midőn a folyamat még a vulvában látszik lenni, Bröse még ezt sem tartja czélszerűnek, mert attól fél, hogy feeskendéssel tovább viszi a folyamatot. Az a kérdés, hogy többet ért-e el ezen eljárással? Ha igen, akkor szívesen fogadjuk el ezt, miután mai napig sem rendelkezünk a gonorrhoea ellen oly specifikus szerrel, a mivel a gonorrhoeát minden esetben meg tudnók gyógyítani, vagyis a mivel több eredményt tudnánk elérni, mint eddig. Behrend szerint vagy elég a hüvelyöblítés, vagy pedig a gonorrhoea magától is gyógyul, de ezen spontan gyógyulást csak akkor ismerhetjük el, ha a klinikai tünetek mellőzésével a góresői vizsgálatot veszszük alapul, azaz, ha gonococcust nem tudunk kimutatni a váladékban, s nem akkor, midőn Behrend pl. gyógyultnak tartja a női húgyeső gonorrhoeát, ha abból váladékot nem bír kinyomni. Hogy hány ily esetben lehet még gonococcust kimutatni, azt mindenki tudja, a ki gonorrhoeával csak valamelyest is foglalkozott.

A gonorrhoea gyógyításának kivihetlenségét azon észleléssel támogatja Behrend, hogy kezelés folytán a gonococcusok eltűnnek, újra vizsátérnek s ismét újra eltűnnek. Behrendnek ezen tapasztalása emlékeztet a gonococcusoknak intermittáló megjelenésére, a melynek oka még nincsen kiderítve. Tapasztaltuk mi is, hogy első, sőt második vizsgálatnál sem találtunk gonococcust s a harmadik vizsgálatnál positiv volt az eredmény, vagy azt, hogy két positiv vizsgálat után egy negativ s azután ismét positiv vizsgálat következett, szóval, hogy közbeesőleg egyszer negativ

is volt a vizsgálat eredménye, de hogy a Behrend által észlelt eltűnés s újra megjelenés többször s gyakran váltakoznék, azt elég nagy anyagunk s igen számos vizsgálatunk mellett nem tapasztaltuk.

Talán nem valószínűtlen azon feltevés, hogy a gonococcusok intermittáló megjelenése a vizsgálat eredményére vonatkozik csupán, azaz, hogy nem mindig a gonococcust tartalmazó váladék rész kerül vizsgálatra, s hogy ugyanazon napnak más szakában talán ki tudnók mutatni a gonococcusokat ugyanazon helynek váladékában, mely pl. három nap előtt positiv s aznap negativ eredményű volt. Nem tartom azonban valószínűnek, hogy az általunk kitűzött feltétel betartása mellett, mely szerint 1–2 hét lefolyása alatt 3–4-szer negativ legyen a váladéknak góresői vizsgálata, a vizsgálat fenti esélyei miatt tévedhetnénk.

Megengedem, hogy azon eseteknél, a melyek kezelés tárgyát nem képezik, a gonococcusvizsgálatokban inkább fordul elő az úgynevezett intermittáló megjelenés; de a mi eseteinknél, a melyek kezelés alatt állottak, ez igen ritka jelenség volt s akkor is csak oly mértékben, hogy áttekintésünket s ítéletünket nem zavarta meg. Ellenkezőleg az intrauterin injectioknak gyógyító hatásán kívül azoknak igen hasznos s gyakran bevált provocatív szerepét ismertük fel, a mi abban nyilvánult, hogy az uterusnak előbb negativ góresői vizsgálata intrauterin injectio után positiv lett, mely körülmény a nyákhártya izgatás következményének tudható be.

A kezelésre használt gyógyszerek közül a 4%-o protargol nem vált be az uterus gonorrhoeánál. Lehet, hogy az oldat nem volt elég erős, de 4%-nál töményebb oldat nem állott rendelkezésünkre; összesen nyolcz esetben tettük kísérlet tárgyává, de eredményt számos injectio után sem láttunk, úgy, hogy kénytelenek voltunk más gyógyszerre, az argentaminra áttérni. Nem több sikerrel alkalmaztuk az acid. pyrolignosum rectificatumot sem más három esetben, úgy, hogy itt is át kellett térnünk az argentaminra, vagy az argent. nitricumra, mint a gonorrhoeánál már kipróbált s jónak bizonyult szerekre.

Ezen utóbbi két szernek mindegyikével értünk el gyógyulást s pedig 5%-o majd később 10%-o arg. nitric. s 10%-o argentaminnal. Az előbbinél átlag 9.4, az utóbbinál 9 intrauterin injectioval értünk el gyógyulást. Az eseteket nem válogattuk, mindegyik mellett voltak adnexmegbetegedések s normalis genitáliák s mindegyiknél láttunk gyógyulatlanokat. A fenti átlagos kiszámítás az argentamin javára ütött ki, a mit csak emelhet azon körülmény is, hogy az arg. nitric. használatával mellett több volt a gyógyulatlan beteg, mint az argentamin mellett. Az arg. nitric. használatánál ezenkívül erősebb reactiot tapasztaltunk s inkább láttunk vérzéseket is az intrauterin injectio után, végül pedig sokkal erősebb foltot hagy hátra mindenütt, mint az argentamin. A szövetekkel szemben tanúsított magatartásukról másutt volt szó. Az argentaminnak 10%-o oldata ezek szerint legjobbnak bizonyult az általunk kipróbált szerek között.

A női, illetve az uterus gonorrhoeának gyógyíthatóságát ezek után nem tarthatjuk lehetetlennek, miután a gonorrhoea gyógyulását azonosnak tartom azon állapottal, midőn gonococcusok már nem mutathatók ki a váladékban, vagyis midőn a fertőzőképesség már megszűnt. Ezen állapotot pedig eseteink legnagyobb számában el tudtuk érni intrauterin kezeléssel úgy a cervicalis, mint az uterus-gonorrhoeánál. Szívesen üdvözljük s követjük, ha bárki oly eljárást ajánl, melylyel a miénknél jobb eredményt tud felmutatni, de megkérjük, hogy kísérleteiről legalább is a miénket megközelítő számban nyújtson adatokat s hogy a gyógyulás kriteriumát a gonococcusoknak góresői vizsgálata képezze. Mindenütt a gyógyászatban vannak esetek, melyek a megszokott s kipróbált eljárások mellett is gyógyulatlanok maradnak; ugyanez áll a női gonorrhoeáról is, mely körülmény az adott viszonyok között megnyugtatót nyújt ugyan, de egyszersmind azt is jelenti, hogy igyekeznünk kell a női gonorrhoea ideális gyógyíthatóságát még jobban megközelíteni.

Az uterus gonorrhoea kezelésére tapasztalásunk szerint jónak tartom az intrauterin injectiokat 10%-o argentaminnal. A kezeléseket 2-szer hetenkint végezzük minden esetben, akár izolált cervicalis, akár uterus gonorrhoeánál, a nélkül, hogy az uterus gonorrhoeának diagnosist az uterus váladékának góresői vizsgálata által megállapítanók, ha csak környezeti lobos folyamat nem képez ellenjavallatot az intrauterin injectio alkalmazására.

Végül kedves kötelességet teljesítek, ha e helyen szívélyes köszönetemet fejezem ki Róna főorvos úrnak az anyag szíves átengedéséért s a nyújtott támogatásért.

A seborrhoea corporis (Duhring) és annak viszonya a psoriasis vulgarishoz és az eczemához.

Irtá: Török Lajos dr. egyetemi m. tanár.

(Folytatás.)

Az Unna által szolgáltatott bakteriologiai kritériumok ezek szerint értékteleneknek bizonyultak. Lássuk már most a szövettaniakat. Mielőtt azonban rátérnénk azon bonczani adatokra, melyekkel Unna a seborrhoea corporis Duhringnek az Unna-féle seborrhoikus eczemához való hozzátartozását bizonyítja, szükségesnek látjuk előbb kritikailag megvilágítani azon leleteket, melyeket a seborrhoikus eczemánál általában talált. Azon anatómiai adatok, melyeket Unna még histopathológiájának megjelenése előtt publikált, már kellőleg méltatva lettek Philippson barátomnak (Eczema seborrhoicum. Annales de dermat. 1893) egy kiváló kritikai tanulmányában. Nem is foglalkozom tehát behatóbban Unnának ezen első adataival, s csupán Philippsonnak említett munkájából fogok néhány mondatot átvenni.

Az eczema seborrhoicum bonczani folyamatát Unna eleinte (1887) így írta le: „Idült lobos folyamat, mely leginkább az izzadságmirigyekre szorítkozik, mi által zsír-hypersecretiót hoz létre, mely zsír az irhában, felhamban és pikkelyekben feltalálható.”

1888-ban egy „a bőr mélyében a gomolymirigyek körül lappangó seborrhoikus folyamatról” beszél.

„1890-ben a seborrhoikus eczemának pathognomikus szövettani jellegét már sem az izzadságmirigyekből származó zsír, sem ezen mirigyek idült lobos folyamata képezi, hanem csupán az epithelrétegek vízenyös beivódása. Izzadságmirigyekről, zsírról szó sincs az egész leírásban.”

1892-ben, mintán Unna a morococust felfedezte, az általunk fentebb leírt eczema-hólyagesárról beszél, melynek most nincs meg a „seborrhoikus” jelzője.

1894-ben (Histopathologie) az eczema seborrhoicumról, mint *status seborrhoicus*-ról tétetik említés egyéb „status”-ok mellett az eczema-csoportban. Mindezen „status”-ok aetiologikus egységet képeznek: okozójuk a morococcus; a mellett Unna szerint „histologiai egységet” is képeznek olyan értelemben, hogy „három histologiai tünetnek egységes complexusa”¹ minden eczemának alapja. Ez a három tünet 1. pikkelyképződés, a parakeratosis, 2. papulák képződése, az akantosis, 3. hólyagesák képződése, a hámréteg szivacsos (spongoid) elváltozása. De miben különbözik az eczema seborrhoicum, a *status seborrhoicus* a többiektől?

A Malpighi-réteg felső sorainak „oedematosus átváltozása”, mely még 1890-ben az eczema seborrhoicum pathognomikus szövettani tünete volt, átment az összes eczema-fajokra, mert a parakeratosis, a „három histologiai tünet” egyike „a mindegyik eczemának alapját képező egységes complexusban” Unna szerint nem egyéb, mint az átmeneti hámseljtégeknél vízenyője.

Most újból a seborrhoea lép előtérbe. De míg 1887-ben a folyamat lényegéhez hozzátartozott, addig most csak hozzászegődik a fentebb említett három tünethez és azokat befolyásolja.² (Lásd Histopathologie, p. 227.)

Hogy az izzadságmirigyek epithelproliferatio alakjában részt vesznek a folyamatban, azt Unna most főleg csak „idősebb seborrhoikus eczemánál”... constatalhatta, „melynél a kísérő sejtes infiltratio az irha mély rétegeit és az izzadságmirigyek környékét elérte” (pag. 228).

A *typus circumcissus, petaloides* és *nummularis*-nál (*annularis*-nál), a melyek a seborrhoea corporis Duhringnek felelnek meg, semmit sem szól az izzadságmirigyek állapotáról.

¹ Ein einheitlicher Complex dreier histologischer Symptome. Histopathologie.

² Unna itt egy ép oly merész, mint meglepő fordulattal visszatér a többi szerző álláspontjához, kik *eczema seborrhoicum* alatt *eczema + seborrhoeát* értenek. Igaz, hogy Unnának *eczema seborrhoicum*-ja a morococcus közvetítésével az eczemán kívül még más kóros állapotokat is foglal magában.

És hogy állunk az eczema seborrhoicumnál a histologiai zsírolelettel? Itt kissé részletesebben kell belemennünk Unna zsíroleleteinek bírálásába, mert Unnának e tekintetben vizsgálatai érdekes világításban mutatják be az ő vizsgálati módszerét és előadási módját.

Unna 1887-ben „egy tipikus seborrhoikus eczemában szenvedő gyermek hátából” kivágott egy papulát, azt osmiummal rögzítette és „minden szükségeset megtett, hogy a zsírnak akár csak nyomait is megkaphassa”, a kivágott darabot vízben kimosta és a nélkül, hogy alkoholba tette volna, felmetasztette, a világossá való tételt és montirozást pedig egy levulose- (méz) és gelatin-keverékben eszközölte. A praeparatumokban, a miket nyert, minden epithelialis szövetrészlet szinte fekete volt a legfinomabb eseppecskéktől és nagyobb hólyagesáktól (!). Különösen a felületes Malpighi-réteg, továbbá a szőrtüszők Malpighi-rétege és az izzadságmirigyek járatai és esővei szinte telítve voltak ezekkel az első pillanatban zsírnak látszó képletekkel. A rostonyás pörkök és a collagen-anyag meglehetősen (!) mentek voltak. Több jeles histologus, kik ezen praeparatumokat látták, kijelentette Unnának, hogy ilyesmit életükben se láttak (Histopathologie, pag. 229). Unna egy jegyzetben polemizál azon érvek ellen, melyeket én, mint akkori segédje, ezen képletek zsír-volta ellen felhoztam. Nekem ugyanis feltűnt az, hogy ezek a eseppecskék és hólyageskák a mikroszkop alatt távolról sem voltak oly feketék, mint az osmium által megfestett zsír szokott lenni; inkább szürkés színűek voltak és áteső fényben jól lehetett azon különbségeket észlelni, melyek a szélrészlet és a közép között a léghólyagoknál láthatók.

Makroszkopice ezek a részek inkább szürkéknek, mintsem feketéknek látszottak. Unna engedelmével néhány praeparatumból langyos vízzel kivontam a levulose-gelatin-keveréket és az így szabaddá tett praeparatumokat vízben vagy glicerinben vizsgáltam. A „eseppecskéknél és hólyageskáknál” nyoma sem volt most. Ezzel tényleg azt hittem, hogy tettem valamit ezeknek a „különös praeparatumoknak” megmagyarázása érdekében és nem sokat törődve ama bizonyos „több előkelő histologus” véleményével, kijelentettem, hogy azok a különös képződmények léghólyagok. Ezen tapasztalatok után óva intettem Unnat, hogy ezeknek a praeparatumoknak rajzait ne vétesse fel a Leloir-Vidal-féle Atlasba, a mit ő ennek daczára megtett. Karmanski-nak kitűnő reproductióiból mindenki meggyőződhetik már most, hogy ama „kérdéses képződmények” mennyire hasonlítanak léghólyagokhoz. Még jobban szembetűnik ez, ha ezt a képet azzal hasonlítjuk össze, mely csak a német kiadású Atlasban van meg, és mely egy „akkori assistensem (Unnaé), Török dr. által készített s a bőr erősebb zsírinfiltrációját feltűntető praeparatumnak” reproductiója és a melyről Unna megjegyzi, hogy a fejbőr a „seborrhoikus catarrhus”-nál az esetek 1/3-ában ilyen. Mindjárt megjegyzem, hogy a kérdéses praeparatum egy úgynevezett alopecia seborrhoica-ból és nem a fejbőr eczemájából készült. Meglehetősen előrehaladt stadium volt, a fejbőr felülete sima volt, pikkelyek nem voltak jelen és a haj erősen megritkult volt.

Hogy a „kérdéses képződmények” az Unna praeparatumában tényleg levegő volt és nem zsír, az Unnának további fejtegetéseiből is kitűnik. Ugy látszik, hogy Unna a Leloir-Vidal-féle Atlas megjelenése után az én fenti kísérletemet megismételte. A „képződmények” most is eltűntek és „az a néhány collega, kiknek a praeparatumokat megmutattam (Unna)” oda nyilatkozott, hogy „ezzel az egész dolog el van intézve”. Ennek a „néhány collegának” igaza volt. De Unna csak a legnagyobb hólyagokra nézve ismeri be, hogy azok *levegő*. „Jobban beszáradt” praeparatumait tehát időnként ellenőrzi és azt találja „hogy a nagyobb léghólyagok mindinkább szaporodnak benne”, a mi természetes is, mert a mindinkább beszáradó és zsugorodó praeparatumokban a kisebb léghólyagok lassanként egy-egy nagyobbá összefolynak. Sok minden experimentum után (a beágyazási anyagot feloldta, a praeparatumokat beszáradni engedte, majd ismét újból beágyazta) a következő szellemes hypothesis állítja fel: „Bizonyos seborrhoikus praeparatumokban egy különös zsírfaj létezik, mely — talán mert a sejteknek mintegy zsíros bevonatát képezi — osmiummal nehezebben megfeketíthető, mely azonban az által lesz láthatóvá, hogy: először ezek a sejtes részek könnyebben beszáradnak, mint a többiek (!) és másodszor vizes beágyazási anyagokat nehezebben

vesznek fel. E két körülmény folytán ezen zsíros részek és a be-
ágyazási anyag közé könnyebben jut be a levegő, a mely a zsíros
részekkel együtt okozza ezt a feltűnő tünetényt.

Item, hogy a hólyagesák levegő, azt most maga Unna is
beismeri, holott egy oldallal előbb még azt mondja, hogy „ilyet
akkor (1887 és 1889) csak igen felületes ítélet mellett lehetett
állítani”.

A mi a többi zsírszemese-leleteket illeti, melyek eczema
seborrhoicum praeparatumokban találhatók, ezekre nézve kiemel-
lendő, hogy Ledermann (Verhandlungen der Deutschen dermatol.
Gesellschaft. Leipzig, 1891 Archiv f. Dermat. 1892, pag. 180)
a mélyebb epithelrétegekben ilyen osmium által feketére festett
szemeséket halomszámba talált és pedig először előrehaladt eczema
seborrhoicum két esetében és másodsor „legnagyobb csodálatomra
(már mint Ledermannéra) az ép bőrben és pedig az V. ébrényi
hónaptól kezdve a legkésőbb aggkorig”. Ritkábban voltak talál-
hatók a papillákban, de viszont mindig nagyobb mennyiségben az
izzadság-mirigyekben. Ha a Malpighi-rétegben nagyobb számban
voltak, „akkor mint egy fekete szalag húzódtak végig a Malpighi-
réteg fenekén”. Néha a véredényekben is láthatók ilyen feketére
festett szemecsesoportok és pedig a fehér véresejtek magjai körül.
Tehát az ép bőrben is találni változó, néha tetemes mennyiségben
osmiummal megfeketített (zsír) szemecskéket; legalább is van annyi,
mint a mennyi a Vidal-Leloir-féle atlasban reprodukált „Török-
féle” praeparatumokon látható; sőt talán több.

Ledermann azonban felolvasásában maga mondja, hogy „hár
nagy mennyiségben találta a fekete szemecskéket, de annyi még se
volt, mint az Unna-féle képen”. Úgy látszik, Ledermann csak az
első Unna-féle légtartalmú praeparatumnak képét látta a Vidal-
Leloir-féle atlas franczia kiadásában, de a német kiadás, melyben
a „Török-féle praeparatum” is reprodukáltatott, nem került szeméi
elő, mert különben a két praeparatum közti különbségről nyilat-
koznia kellett volna. De ő csak „Unnak a Leloir-féle atlasban
reprodukált és commentárral ellátott praeparatúmról” beszél.

(Folytatása következik.)

Viszontmegjegyzések Hütl Hümer dr. „A magas hólyagmetszés” cz. dolgozatomra tett észrevételeire.

Irtá Borbély Samu dr. műtő.

(Vége.)

Egygyel tartozom a Kovács emlékének: kijelentem, hogy tanít-
ványa nem voltam. Ezen vitatkozás során H. dr. által érүүл többször fel-
hozott az, hogy Kovács meg volt elégedve, meg volt szokva a gátmetszések-
hez, ez egészen nincs így; Kovács kijelenti ugyan, hogy „eddig gyakorlati
némileg elfogulttá” teszi, de őt nem a megszokás, nem is a megelégedés
és nem is az, a mit H. dr. mond, hogy „a kitaposott ösvényről, magyar
szokás szerint nem akart kitérni” vezette a gátmetszései kivitelében, hanem
két fontos körülmény; az egyiket H. dr. is felhozza s ez az, hogy teljes
tudatában volt annak az igazságnak, hogy „az ivarérés ideje előtt a gát
képletei is sokkal kevésbé fejlődnek, ezen táj beedényezése sokkal
csekélyebb és így a sebzés maga kisebb, csekélyebb vérzést okoz, a
sebgyógyulás utólagos complicatiók által kevésbé van zavarva”, a
másik igen igen nagy és fontos igazság pedig az, hogy „a gáton át ej-
tett seb fekvésének természete folytán a legcélszerűbb drainaget képez”.

Szinte elképedve folytatam ezek után megjegyzéseimet, de
folytatnom kell.

Nem tudom elfogadni H. dr. azon észrevételét, hogy a húgykő
spontan gyógyulása a húgyesővön át történik s a spontan húgykő-
gyógyulást nem a gátmetszés, hanem a lithotripsia utánozza. A húgy-
esővön át, spontan a vizelettel csak az úgynevezett főveny, dara
vagy porond távozik, de kő, a mely akkora, hogy Thompsonnak a
Casper által fordított munkájából citálják „viel zu gross sind, um die
natürliche Harnwege passieren zu können”, már azért sem távozhatik ott
spontan, mert nincs meg a physicalis lehetősége. Húgykő spontan
ott nem is távozik, hanem, ha az spontan gyógyul, akkor vagy feloldódik
a vizeletben (a mi ugyan inkább felvéve mint bizonyítva van), vagy
pedig kigenyed a gáton. Ha H. dr. a tripsia eszméjét a főveny vagy
porond spontan gyógyulásából eredőnek s azt utánzóknak tüntetné fel,
így elfogadnám.

Minden esetre a lithotripsia és lapaxia indicióit szépen felfejtette
H. dr. Felhoz mindent, csak azon bizonyos és a hólyag nyákhártyájára
terjedő fekélyesedő folyamatot feledte ki, a mi pedig a contraindicatio
határát egy igen igen súlyos érvvel bőviti. Nőmi megjegyzésem még
volna e pontnál s ez az, hogy mikép értelmezi H. dr. azt, hogy, hogy
áll útjában a lithotripsia kivitelének az, „ha a hólyag kapacitása majdnem
egészen megszűnt”? Mert én és a sebészettel különösebben nem foglal-
kozó kartársaim a hólyag kapacitásának „majdnem egészen megszűntét”
úgy magyarázzuk, hogy a hólyag vagy alig egy kevés vagy éppen semmi

folyadékot magába nem fogad, tehát ott hever a kő s reá fekszik a
hólyag; ez kérem a lithotripsia kivitelében absolut akadályt még nem
képez, mert Thompson, mint a hogy Löbker az ő „Chirurg. Operations-
Lehre”-je 547. lapján írja: „operirt bei leerer Blase, damit die auf einander
gelagerten Blasenwandungen den Stein zwischen die Branchen des Schna-
bels hineindrängen”.

Egész más értelme lenne, ha H. dr. azt írta volna, hogy a litho-
tripsiának útjában áll az, ha a hólyag olyfokú izgalma van jelen, mely
az eszköz bevitelét lehetetlenné teszi.

Nem érdektelen ez sem: „hogy a primagyógyulást mikép érjük
el, nem egészen tűnik ki B. dr. soraiból, legyen szabad tehát elmondá-
nom”, mondja H. dr. a „sebészettel különösebben nem foglalkozó” colle-
gáinkért és ekkor kijelenti, hogy „a műtő, beteg, eszköz, kötszer stb.
úgy legyen előkészítve, a hogy illik”. Hát kérem ezt sokan tudják, de
ebből még igen keveset tudnak meg azok, kik nem tudják, hogy hogy
illik előkészíteni azokat! De nem érdektelen az sem, hogy daczára a Simon
vizsgálatainak, daczára annak, hogy „a vizelet még sem oly veszélyes,
mint a hogy Enriquez nyomán B. dr. felveszi”, mégis „az üreges szerv
(mondjuk a hólyag) bennének nem szabad a sebbel érintkezésbe jönni.
A kövel vagy azon fogóval, melylyel a hólyagban kotorászunk, nem szabad
érinteni a sebet vagy a praevesicalis tért” magyarázza „a sebészettel
különösebben nem foglalkozó” collegáinknak H. dr. Hiszen kérem, H.
dr. megint azt mondja el, a mit én mondtam dolgozatomban, mert ha
a húgy nem oly veszélyes, mint a hogy én, Enriquez állítását elfogadva,
azt felveszem, akkor miért separálja oly gondosan, miért fél a kőnek
vagy annak a kotorászó eszköznek a sebbel való érintkezésétől!? Én
egy szóval sem hasonlítottam össze a húgy mikrobáinak virulentiáját a
belsőrével, csak annyit mondtam „Enriquez kimutatta, hogy a húgy,
minden normalis viselkedése daczára tartalmazhat mikrobákat, a mik
adott esetben egész bizton fejtik ki hatásukat”.

Műtőteinek eredményei, önmagukban, dicsérik a mesteröket.

Érthetetlen előttem H. dr.-nak a szűcsvarratra adott magyarázata.
Ha az *fortlaufend*, akkor a műtőtől indul s előrehalad, mert ha leg-
többször a legtávolabbi ponttól indulna s jönne a műtő felé, akkor
„rückwärtslaufend” lenne. Ma, mikor már ügyelünk, hogy a seb felett
ne babráljunk sokat, nehezen tudom elképzelni azt, hogy miért indul-
junk ki „többször a seb legtávolabbi pontján” s miért közeledjünk
magunk felé; nem észszerűbb-e az, hogy kezdjük a magunkhoz leg-
közelebbi ponton s úgy haladjunk előre, mert ekkor a művelet terétől
a seb felénk eső része már zárt, tehát belé nem hullhat semmi, nem fer-
tőződhetik. (Így teszi ezt mindenki.) Különben ezt a részt így adja elő
H. dr.: „Szűcsvarrat ad csak biztosítékot impermeabilis zárásra. B. dr.
előrefutónak mondja (németül *fortlaufend*). Miért? a műtő többnyire a
seb legtávolabbi pontjától maga felé varr”. Nem értem. Hát azért ad
csak a szűcsvarrat biztosítékul impermeabilis zárásra, mert a műtő a
seb legtávolabbi pontjától maga felé varr; vagy pedig azért előrefutó
varrat ez, mert hátra felé halad?

Egy nagy következtetés is van H. dr. mondásában. Mert H.
dr. voltaképen két etageban egyesít, tehát a hólyag impermeabilis zárá-
sát egy sor csomós és egy sor szűcsvarrattal éri el s mégis „a szűcs-
varrat ad csak biztosítékot impermeabilis zárásra”; hát engedelmet kérek,
hogy kérdezni bátorodom, miért egyesíti a hólyag muscularis részét
csomós varrattal? hiszen, ha csak a szűcsvarrat nyújt biztosítékot, akkor
az a csomós varrattal egyesítés absolut semmit sem ér, de hát feles-
leges is, mert a panacea a szűcsvarrat, azt pedig alkalmazhatjuk sülyesz-
tett, csomós varratok előremenetele nélkül is.

Nem írom alá a szűcsvarrat teljes biztonságát; ha két etageban
egyesítünk, ám jó lehet, de ha egy etageban varrunk, akkor nem adja
meg azt a biztonságot, a mit a közönséges csomós varrat ad, mert ennél
minden öltés egy különálló egész s ha egy lazul, nem vonja maga után
a többi ellazulását.

Én sohasem varrtam hólyagot szűcsvarrattal, hanem mindig csomós
varratot tettem fel és bevált.

Hogy a húgyhólyag nyákhártyája nem olyan nyákhártya, mint a
többi, ezt csak H. dr. mondja. Azután, hogy a *Podres* szemei előtt mi
lebegett, nem tudom, de nyákhártya lebeghetett, mert arról irt. Elmon-
dottam én is a szűcsvarraton való húgykifolyás veszélyét, s az incrustatio
annyiszor demonstrált, annyszor elmondott dolog, hogy részletezni már
nem is akartam.

De térjünk át az aprólékosságokra.

Igaz, hogy *Dondol* is előrehúzott fonalakkal rögzíti a hólyagot, de
előtte jóval ugyancsak így járt el *Dittel* is Bécsben és egy híres magyar
urolog, néhai *Antal Géza* is!

A *Petersen*-féle tamponad nem egészen felesleges. Szó nélkül a *Tren-
delenburg*-féle medence magas fektetéssel a peritoneum annyira vissza-
sülyeszthető, hogy sokan ép ezért nem használják a *Petersen*-féle tampo-
nadot, csak a hólyagot töltik meg (*Israel* stb.), mások a tamponadot is,
de a *Trendelenburg*-féle fektetést is használják (*Bergmann*). Szép eszme
a hólyag levegővel felfújatása, nem szólhatok hozzá, nem éltem vele
soha, azt hiszem azonban, hogy az ureterek is könnyen felfújhatók s
ez nem lehet valami indifferens dolog.

Vita tárgyává vált az is, hogy voltaképen ki használta *Petersen*
előtt a tamponadot, erre nézve H. dr. 1770-ig megy vissza; ez szintén
kár volt, mert hát magát *Peter Franco*-t is felemlíthette volna, mert
„hob er den Stein, mit dem Finger vom After aus in die Höhe”. Mert
„elvégre elvben egészen mindegy, akár kolpeurynter, akár szolgaujjak
kerülnek a végbélbe”, mondja H. dr., mihez én, ezen elv szerint hozzá
teszem: akár egy ujj az anusba. De hát, hogy H. dr.-ral szóljak, a
miért „a székely templomban úgy van lefestve *Abrahám*, a mint felajánlja

Izsák fiát az Istennek és puskával akarja lelőni, még nem következik, hogy a zsidók már a bibliai időben ismerték volna a puskaport.

Egy igazsága van H. dr.-nak észrevételeiben s ez az, hogy *Peter Franco* tényleg nem a *Celsus* methodusa szerint operált. Előzetem. Német autorból dolgoztam s a német nem anyanyelvem. Ha ez az egy hiba oly nagy észrevételre érdemes, mit érdemel az, ki a saját anyanyelvén megjelent, vagy talán saját mestere által irt munkákat vagy hibásan, vagy elferdítve, vagy pedig egyáltalában megközelítőleg sem tudja vagy akarja reprodukálni.

Szántsándékosan nem terjeszkedem ki a H. dr. észrevételeiben foglalt többi állításnak cáfolatára vagy bírálatára. Ezen megjegyzéseket is csupán azért tettem, hogy láttassék az az alap a min H. dr. állott, midőn észrevételeit megírta. Egyet igen sajnállok, hogy az az öt magasmetszés olyan keretben látott napvilágot! vagy talán észrevételei azért íródtak, hogy öt sectio alta publikáltassék?

Végső szó Borbély Samu dr. fentebbi viszontmegjegyzéseire.

Kovács tanár nézeteire vonatkozó idézeteimet *szó szerint* nem a Gyógyászat 1883. évfolyamából vettem, a hol B. dr. úr azt hiába kereste, hanem az Orvosi Hetilap 1883. évfolyamának 41., 42. számaiból (1102., 1105. és 1106. l.), a hol azt úgy B. úr, valamint „sebészettel különösebben nem foglalkozó collegáink” is megtalálhatják.

Észrevételeimnek más célja valóban nem volt, mint az igazság kiderítése. Mostan tehát úgy ez észrevételek, mint a viszontmegjegyzések szemben állanak. A ki elolvassa úgy az egyiket, mint a másikat, itéletet alkothat magának, kinek miben van vagy nincs igaza, úgyszintén arról, vajjon észrevételeim solid alapon állottak vagy nem?

Budapest, 1899. február 9.

Hüll Hümér dr.

TÁRCZA.

Néhány külföldi élettani intézetről.

Kisebb körutat tevén meg Németország, Belgium és Hollandiában, ezen utamon különösen az élettani intézeteket tanulmányoztam nagyobb figyelemmel; az ekkor nyert benyomásokról, tapasztalataimról akarnék e pár sor keretében beszámolni. Azt hiszem ugyanis, nem lesz érdektelen a külföldi viszonyokat a physiologiára nézve kissé megismerni nálunk, a hol különösen a practikus szakmák uralják e hasábok rovatait. Utam, melyet Szabó József dr. társaságában tettem, Bécsen át vitt *Nürnbergre*, hol néhány magánkórházon kívül orvosi szempontból semmi említésre méltó nincsen, hacsak nem ama fontos tisztaság, mely, a Budapestről odautazót legalább, igen előnyösen lepi meg.

Innen a szép termékeny Bajorország földjei közt *Würzburgba* jutottam. Würzburg kisebb egyetemi város ugyan, azonban kiállja a versenyt tudományos téren bármelyik nagyobb város egyetemével is. Az egyetemen kapcsolatban lévő „*Julius Spital*” egyetemi tanárai közé számítja *Leube*-t és *Hoffa*-t is. Az élettani intézet, valamint a többi theoretikus szakok is a „*Pleicher Ringen*” fekszenek. Ez a „*Ring*” tudvalevőleg nem felel meg a mi körutainknak, melyek háromemeletes házakkal vannak szegélyezve, és mely házsorok közt száguld végig a villanykocsi, legázolással fenyegetve a járó-kelőket. Würzburg Ringjei körülveszik a várost, a város szélén futva mindenütt, az egyik, a város felé eső oldalán a körútnak elég szép épületei vannak, mindegyik egy-egy kis kerttel körülvéve, míg különben az épületek előtt, az egész város körül szép park húzódik el. Így, frontjával parkra nézve, kis kert közepén van az élettani intézet is. Az épület maga egyemeletes. Fenn az emeleten csak egy vizsgáztató, egy assistensi szoba és a professor lakása van. Az intézetben maga *Fick* professor kalauzolt, ki élénken érdeklődött a mi tudományos viszonyaink iránt és mosolyogva emlékezett meg a mi kitünő békáinkról, melyeket kísérleteihez innen hozat. A földszinten vannak az intézeti helyiségek, egy részük a physikai, más részük a chemiai vizsgálatok számára fenntartva. A physikai részre szolgáló helyiségek jól vannak felszerelve; itt láttuk *Bernstein* rheotomjának egy módosított alakját, mely módosítást *Fick* eszközölt rajta és le is írta a „*Verhandlungen der physik. medic. Gesellschaft zu Würzburg*”-ban. Különben pedig ezekben a helyiségekben a physiologiai physikából *Schenk* dr. tartja a cursusokat, a ki épen akkor örvendett „*Physiologisches Practicum*” című könyve megjelenésének. A másik tanársegéd *Gürber* dr. tisztán a chemiával foglalkozik. Ez által az assistensek kiképzése kissé egyoldalúvá válik ugyan, de jobban hatolhatnak be mindegyik a saját művelte tér ismeretébe. A chemiai vizsgálatoknak megfelelő helyiségekben *Gürber* dr. mutogatta az intézet berendezését, bemutatott gőreső alatt általa készített serumalbumin kristályokat, melyeket jól tartott lovak véréből állított elő. A 160 tanuló befogadni képes tanteremük elég világos. Az utolsó félévben 130 tanuló hallgatta a physiologiát. Van a tanteremben vetítő készülék is, mely azonban a pesti élettani intézetben levőhöz képest igen kisszerű. Az épület souterrainjében levő különböző gyakorló helyiségek egyikében, igen elmésen elhelyezett, in-és exhalatio alkalmával a thorax légzési kitéréseit jól feltüntető schema van. A tanítási rendszerükre jellemző, hogy a gyakorlatok csak facultativok, a mit különben *Fick* helytelenít és a minek megváltoztatásán épen fáradozik.

Würzburgból Majna melletti *Frankfurton* és *Kölnön* át Belgium földjére értünk.

Nem akarom az igen tisztelt olvasót az itt átélt határkalamitásokkal untatni, sem a vasúti kocsi gyalgó voltát jellemezni, csak meg-

említem, hogy a kellemetlen, kényelmetlen, 10 személyre berendezett vasúti kocsi megérkezettünk *Liège-be* (*Lüttich*).

A *liège-i* élettani intézet nagy palotaszzerű egyemeletes épület, szomszédságában vannak a többi theoretikus intézetek épületei is. Legnagyobb sajnálatunkra *Frédéric* professort nem találtuk otthon. Az intézetben legelőször is a tág vivisectiós szobába léptünk. A jó világos szobában, a vivisectiókhoz szükséges összes eszközök a fal mellett lévő üvegszekrényekben vannak elhelyezve, mely-szekrények felett a főliratok jelzik, hol minő eszközök találhatók. Mindjárt a vivisectiós szoba mellett van a professor szobája, ezzel szemben az élettani intézet könyvtári helyisége. A könyvtár bizony, a mi élettani intézetünk könyvtára mellett, igen kicsinynek tűnt fel. Érdekes, hogy e könyvtárszobában egy vendég-könyv fekszik az intézetet látogatók számára, melybe velünk is beírták nevünket. Ezután megnéztük a többi helyiségeket, van külön helyiségük, a hol a gázanalíziseket végzik, és a hol az ezzel kapcsolatos feladatok bűvárlása folyik. Külön helyiség a „*higanyszivattyúzó-szoba*”, nehogy az elpárolgó higany, ha más közös helyiségben lenne, valami kórt okozzon; ebben a szobában áll a *Frédéric* által módosított *Pflüger*-féle higanyszivattyú. Van külön röntgenező szobájuk is. Természetesen optikai kérdésekre szolgáló sötétszoba, előkészítő helyiségek szintén nem hiányoznak. A tanterem nagy és világos. Itt láttam egy egész anatómiai muzeumot is a nyul, kutya és béka anatómiájából, a mi természetesen a vivisectiók végzését tetemesen megkönnyíti, minthogy ez állatok anatómiai viszonyairól könnyű ily úton tájékozást szerezni. Egyike a legjobban felszerelt élettani intézeteknek azok közt, a miket én láttam, a *liège-i* élettani intézet.

Második állomásunk Belgiumban *Brüsszel* volt. Magáról *Brüsszelről* írni felesleges lenne és nem is célja e soroknak, azonban valóban gyenge volt itt a nemzetközi kiállítás. Egy évvel a mi millennáris, valóban szép kiállításunk után eme világkiállítás bizonyos mérvben kicsinyszerűnek tűnt fel.

A kiállításon az élettan körébe vágó készülék általában kevés volt, még legtöbbet *Frédéric*, *Liège* tudós tanára állított ki. Így láttunk tőle készüléket, mely a nyul lélegzési apparátusát mutatja be. Egy másik készüléke a nyul által kilehelt szén-sav mennyiségének meghatározására szolgált. Kiállított „*aërotonometer*” név alatt eszközt, melylyel az arteriosus vér gázainak tensioját méri le. *Lahousse* a *gent-i* egyetemről 3 táblát állított ki, a melyek az agy sémáját, rostozatát tüntetik fel. Ez ábrákon igyekeznek megmagyarázni azt is, hogy a gyermek miképpen tanulja meg alakítani a szavakat, az ő felvett esetében pl. ezt: „*kutya*” (*Comment l'enfant apprend à prononcer le mot „chien”, ez a felirat volt táblái felett*). Ábrán fel vannak tüntetve az agyban a góczok, melyek az ily szavak alkotásában részt vesznek, úgyszintén ama rostok is, melyek e góczokat egymással összekötik. Láttunk itt még kiállítva négy agysémát is, melyek közül azonban egyik sem ér fel a pesti élettani intézetben lévő, *Landauer* dr. által készített, hasonló sémával. Vége a brüsszeli egyetemről *Héger* professor állított ki egy a vérkeringésre vonatkozó eszközt, melyet „*Recherches sur la circulation du sang dans les poumons*” cím alatt le is írt.

A brüsszeli élettani intézetben valami újat nem találván, magáról az intézetről beszámolni valóm nincs.

Brüsszelsből *Gent*-ba menve, itt gyönyörködhattunk ama nagyszerű, valóban palotaszzerű épületben, melyet a természettudományoknak felállítottak. Ez az 1890-ben épített „*Institut des Sciences*” valódi monumentális épület. A természettudományok összes laboratoriumai és tantermei itt vannak elhelyezve. Felszerelésük még nincsen ugyan teljesen befejezve, itt-ott hiány még látható, azonban a legmodernebb eszközökkel már is el vannak látva. Fájdalom, ott jártunkkor a munka szünetelt, épen a nagy szünidő lévén a belga egyetemeken, jóformán senkit sem találtunk ott és így csak az üvegszekrényeken át gyönyörködhattunk az eszközökben.

Hollandia felé véve utunkat, *Antwerpent* is útba ejtettük, hol is, a szépművészetek e gazdag tárházában, *Rubens*, *Van Dyk*, *Keiper*, *Teniers*, *Ostade*, *Steen* művészi alkotásai kötötték le figyelmünket. Ugyan-ezek ezek a művészek azok, kik *Haaga* képtáráiban uralják a helyzetet. Ezekhez hozzájön még *Ruisdael*, *Holbein* és maga a legnagyobb mester *Rembrandt*. Itt Haagban *Rembrandt* mesteri művei között legjobban és minket, mint orvosokat legjobban is érdekelt „*az anatómia*” című műve. Érdekes magában véve már az is, hogy *Rembrandt* egy ily tárgyú képet festett. A képen a sebész-iskola tagjainak egy hullán demonstrál *Nicolaus Tulp*, a híres anatómus. Ő maga látható élénkséggel látszik magyarázni, míg a képen lévő hallgatóság a legnagyobb feszült figyelemmel hallgatja. A hulla, a magyarázó tanár, az előlő figyelő arcok a legjobb megvilágításba vannak helyezve, míg a háttérben mesteri félhomály van.

Ifj. Klug Nándor dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Grundzüge einer allgemeinen Pathologie der Verdauung. Zehn Vorlesungen von S. M. Lukjanow, wirkli. Mitglied und Director des kaiserlichen Instituts für experimentelle Medicin zu St. Petersburg. Leipzig. Verlag von Veit & Comp. 1899.

A „*Grundzüge einer allgemeinen Pathologie der Zelle*” és a „*Grundzüge einer allgemeinen Pathologie des Gefäß-Systems*” című ismert munkák szerzője egy újabb nagyobb (367 lapos) művével gazdagította az orvosi irodalmat. Ezúttal az emésztés szerveinek általános,

főleg pedig kísérleti kórtanára vonatkozó ismereteket gyűjtötte össze tíz előadás keretében. Míg az utóbbi időben napvilágot látott hasonló munkák szerzői (Boas, Ewald, Nothnagel, Rosenheim, Riegel stb.) inkább csak a gyakorló orvos igényeit tartották szem előtt: addig Lukjanow e műve főleg a laboratóriumban dolgozók számára van írva; de azért a gyakorló orvosok is nagy hasznát vehetik. Előnye Lukjanow e munkájának az is, hogy míg a hozzá hasonló művek inkább csak a gyomor és bél pathológiájával foglalkoznak, addig a szerző az emésztés valamennyi szervét tárgyalja.

A könyv beosztása röviden a következő: Az első előadásban általános bevezetés után a szájüreg és nyálélválasztás pathológiájával ismerkedünk meg. A másodikban a nyelés zavarai, a garat és nyelőcső kórtana következik. A harmadik előadás a gyomoremésztés általános kórtanával és a gyomornedv elválasztásában mutató zavarokkal ismerteti meg. Nagyon fontoságú fejezetet találunk a negyedik előadásban: a gyomor felszívó és motorikus működésére, érzékenységre, az éhség és szomjúság érzésre vonatkozó dolgokat. Az ötödik előadás főleg a gyakorló orvost érdekli: ebben van szó a dyspepsiáról, a hányásról, a gyomorfekélyekről és a gyomor eltávolítás kérdéséről. A hatodik előadásban Lukjanow áttér a belek általános kórtanára, az epeelválasztás rendellenességeire és az epének a bélbe való jutását megzavaró körülmények taglalására. A hetedik előadás tartalmazza az epeköpződés hibás voltából eredő emésztési zavarokat, a sárgaságot, a májkiirtás kérdését és az epehólyag általános kórtanát. A nyolcadik előadás a hasnyálmirigy elválasztás zavarairól és a pankreas kiirtásának kérdésével foglalkozik. A kilencedik előadásban a bél működés rendellenességeit, a bélmedve kóros elváltozásait és a bél felszívó működésének hibáit ismerteti a szerző. Végül a tizedik előadásban a bélesatorna motorikus és sensibilis zavarait, a hasmenést, székszorulást, meteorismust, a bél parazitáit és a kóros körülmények folytán bekövetkező defaecatiókat tárgyalja.

Rendkívül becses az „Anmerkungen” című alatti a könyv végére csatolt bibliographia, mely 80 sűrűn nyomott lapon sorolja fel az emésztés kórtanának irodalmát.

Megjegyezzük végül, hogy Lukjanow e művét nemsokára követni fogja egy másik: a lélegzés általános kórtana, mely valószínűleg éppen olyan öröndetes fogadtatásra fog találni, mint a milyenben emez méltán részesült.

A.

II. Lapszemle.

A gyomor- és bélbetegségek gyógykezeléséről tannopin ir Landau J. krakói gyermekorvos. A tannin eddigi pótszereihez, melynek a tannin, a tannalbin, az ichthalbin és a tannoforn, újabb az *urotropin-tannin*, vagyis röviden *tannopin* csatlakozott, melyet a *Fried. Bayer & Co.* cég hozott forgalomba. A *tannopin* oly készítmény, mely a *tannin* és *urotropin* sűrűsítése útján nyeretik és mintegy 87% tannint és 13% *urotropin* tartalmaz. A *tannopin* sötétbarna, nem higroszkopikus por, mely vízben, gyenge savakban, alkoholban s aetherben nem oldódik, azonban hígított alkáliákban lassan felolvad. A *tannopin* tehát nem szenved elváltozást a gyomorban, de az alkalikus bennéki belekben tanninra és *urotropin*ra esik szét. A *tannin* a belekben kifejti adstringens hatását és lefokozza azok peristaltikus mozgását, az *urotropin* pedig *Nicola*, *Mendelssohn*, *Cohn* és *Casper* kísérletei szerint, mint *desinficiens* hat s e miatt kivált húgyhólyagbajoknál használtatik. *Landau* 79 esetben alkalmazta a *tannopin* *gastro-enteritis acuta*, *cholera infantum*, *enteritis acuta* és *follicularis* esetében, sőt 3-szor *typhus abdominalis* is. A betegek közül 68 volt két éven alul, a többi idősb korra esik, a gyermekek a *tannopin* mindig jól tűrték, hányást soha nem okozott. Az adag 0.25–0.50 közt változott 4–5-ször mindennap és pedig legjobban minden *corrigens* nélkül. A kedvező hatás igen gyorsan, leggyakrabban 2–3 nap alatt állott be. (Die Heilkunde, 1898. december.)

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége.** A fővárosi statisztikai hivatalnak 1899. január 22-dikétől 1899. január 28-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 525 gyermek, elhalt 283 személy, a születések tehát 242 esettel múltak felül a halálozásokat. — A fővárosi tisztviselői hivatalnak 1899. január 29-dikétől február 4-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 39 (meghalt 4), himlőben — (meghalt —), állhímlőben —, bárányhimlőben 17 (meghalt —), vörhenyben 30 (meghalt 2), kanyaróban 147 (meghalt 3), ronesoló toroklobban és torokgyíkban 21 (meghalt 5) trachomában 4, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 13 (meghalt 1), orbánczban 27 (meghalt 2), gyermekágyi lázban 2 (meghalt —).

— **Nyilatkozat a budai orvosok nevében.** Egy budai kartárostól vettük és megjegyzés nélkül közöljük a következőket: Tekintetes szerkesztőség! Az orvosi közügy érdekében kérem az alábbi sorok közlésére: A budai orvosok, látván, hogy némely egyetlek lealázó csekély fizetéssel illetik orvosait, a következő módhoz nyúltak. Egmásközt becsületszavukra solidaritást vállaltak, hogy oly collegák állására, kik fizetésükkel megelégedve nincsenek és a kik ennek javításáért lépéseket tesznek, legalább egy éven belül nem reflectálnak; a felajánlott állást röviden visszautasítják. És tisztelet, becsület a collegáknak: a mit ígértek, meg is tartották. Erre példa az „Orvosi Hetilap” január 29. száma, melyben a budapesti szobafestők stb. egylete egy Ó-Budán megüriült orvosi állásra pályázatot hirdet. Tudniillik az eddigi orvos, tíz évi működés után, fizetésjavítást kért; ezt tőle nemesak megtagadták, de meneszteni is akarják. Mivel pedig Budán nem akad collega,

ki a fenti állást jelen körülmények közt elfoglalná, nyilvános pályázatot hirdettek. Ezek előrebocsátása után kérjük az igen tisztelt collega urakat, hogy a fenti állást utasítsák vissza. Hadd lássák meg ezen egyetlek, hogy nekünk tisztességes fizetés és nem alamizsna jár, hadd tanulják megbecsülni az orvos értékét. S ha mégis akadna collega, mit nem hiszünk, ki a budai orvosok szépen megindult mozgalmát ily csekély pénzért megrontaná, legyen reá elkészülve, hogy a többi collega összehittartásával fogja magát szemben találni. A budai orvosok nevében: N. N. dr.

— **Az orvosi kör országos segély-egyesületének pénztárába** 1899. január hó elseje óta befizettek: Faller Gusztáv Hegybánya 2 frt, Frommer Ede Nagyszombat 2 frt, Hering Miklós Körmen 6 frt, Jankura Iván Szomolnok 4 frt, Kádár Antal Nagybánya 2 frt, Lendvai Benő Pozsony 2 frt, Márer József Szécsény 2 frt, Moskovitz Ignác Budapest 2 frt, Petz Lajos Győr 2 frt, Rigó Ferenc Zala-Egerszeg 2 frt, Sternberg Géza Nagy-Károly 2 frt, Váczi Lajos N.-Károly 2 frt, Weisz Adolf Piszke 2 frt, V. Szilágyi János Aranyos-Gyeres 2 frt, Boer Jenő Tövis 2 frt, Böckel Béla Szilágy-Nagyfalu 4 frt, Clementis Géza Bia 2 frt, Csillag Ignác Borosjenő 2 frt, Daday Vilmos Seps-Szt.-György 2 frt, Fráter Imre Nagy-Vár 12 frt, Fialkovszky Béla N.-Beckerek 2 frt, Guttmann Lipót Győr 2 frt, Hány István Zala-Egerszeg 5 frt, Kain József Búd-Szt.-Mihály 2 frt, Nádas Ignác Orsova 8 frt, Nagy József Solt 2 frt, Révész Fülöp Békés-Csaba 2 frt, Samek Fülöp Budapest 2 frt, Somogyi Zoltán Debrecen 6 frt, Sor Ferenc Kun-Félegyháza 14 frt, Skirpán Ambrus Papina 2 frt, Tóth Imre Selmeczbánya 3 frt, Vas Sándor Arad 2 frt, Vogel Mihály Győr-Sziget 2 frt, Wieneberg Gáspár Császártöltés 2 frt, Engel Gábor Kolozsvár 2 frt, Engel Zsigmond N.-Szalonta 2 frt, Eder József Sz.-Fehérvár 2 frt, Fejér Dávid Gy.-Sz.-Miklós 2 frt, Fuchs Ignác Szarvas 6 frt, Kelemen Mihály Pécs 2 frt, Kicska Emil N.-Bodok 2 frt, Kohn Ármán Obrovác 2 frt, Kühler Simon Dobsina 2 frt, Mild Adolf Toplica 5 frt, Nagy Lajos Hajdú-Nánás 8 frt, Steinfeld József Ujvidék 2 frt, Dánis János Felső-Balog 2 frt, Flesch Nándor Budapest 2 frt, Nádas Lipót Budapest 2 frt, Orni Mór Borosbes 2 frt, Kovács Bálint Bátorcs 2 frt, Temesváry Rezső Budapest alapítványa 50 frt. E tagsági díjakon és alapítványokon kívül befolyt az egyesület pénztárába a Mészáros-féle alapítvány 1898-diki kamat, összesen 480 frt és a múlt évi takarékpénztári kamat 92 frt 32 kr. Budapest január 24-dikén, Rákosi Béla dr. e. i. pénztáros, Budapest, Soroksári-utca 18.

— **A tiszti orvosi vizsgára előkészítő tanfolyam** Kolozsvárt március hó 6-dikán kezdődik. Cursus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágosítást nyújt Jakabházy Zsigmond dr., gyógyszer-tani tanársegéd Kolozsvárt.

— **Külföldi nostrificált fogorvosi oklevéllel használhatja-e annak birtokosa a fogorvosi címet?** Felmerült eset kapcsán e kérdésre vonatkozólag a budapesti egyetem orvostanár testülete azt határozta, hogy nem emelhető kifogás az ellen, hogy az ily oklevél birtokosa magát fogorvosnak nevezhesse, miután fel van jogosítva mindazon fogorvosi műveletek végeztetésére, a melyek az orvosdoktoroknak meg vannak engedve.

— **Jancsó Miklós dr.** kolozsvári egyetemi belgyógyászati I. tanársegédnek belgyógyászati tanulmányokra a közoktatásügyi minister 400 frtot engedélyezett.

— **Roux.** A király Roux dr.-nak, a Pasteur-intézet aligazgatójának, a Ferenc József-rend csillagos nagykeresztjét adományozta. Ez a magas kitüntetés bizonyára annak a szolgálatkészség segítségnek az elismerése, a melyet a párisi Pasteur-intézet nyújtott a bécsi pestis-esetek alkalmával *Marmorek* dr. kiküldésével és nagymennyiségű serum Bécsbe szállításával. Roux dr., a ki tudvalevőleg Behringgel egyidejűleg és attól függetlenül találta fel a diphtheritis-serumot, néhány nap előtt más kitüntetésben is részesült: megválasztották az Institut tagjává.

— **Neumann Fülöp dr.** lugosi orvos, vármegyei th. főorvos február 1-sején ülte meg orvosi gyakorlatának negyvenéves jubileumát. Krassó-Szörény vármegye orvosi kara testületileg üdvözölte a jubiléant és értékes emléktárgyat nyújtott át neki.

— **A budapesti kir. orvosegyesület stomatologiai szakosztályának** elnöke *Hattasy Lajos* dr. egyetemi magántanár, h. elnöke *Bauer Samu* dr.-t, jegyzőjévé *Dukasz Márton* dr.-t, h. jegyzőjévé *Fodor János* dr.-t választották.

— **Pach Henrik dr.-t,** a pozsonyi m. kir. állami kórház orvosgyakornokát, ugyane kórháznál a belügyminister másodorróssá nevezte ki.

— **Kézmarszky tanár szülészeti poliklinikájának** segélyét január hóban 61 esetben vették igénybe, 34 műtéttel.

Dr. Herczel egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII.** Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitiűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Téli kúra
a Szt. Lukács-fürdőben
BUDAPEST.

A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

Rheumatikus bajok, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. Nagy kénes iszap-fürdő, külön fürdők. Massage, gépgyógyászat. Lakás és teljes ellátás; (közepes ár 25 frt hetenként). Lift. Meghülés kizárva. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

Falta dr. szem- és fül-sanatoriuma, Szeged, Laudon-utca és Mars-ter sarkán. Folytonos orvosi felügyelet, lelkiismeretes gondozás és ápolás, igen jó ellátás. Külön szobák. **Mérsékelt díjszabás.** Külön trachoma-osztály. Telefon 293. Kivánatra útmutató.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (IV. rendes ülés 1899. január 28-dikán.) 86. l. (V. rendes ülés 1899. február 4-dikén.) 87. l. — Közkórházi orvostársulat. (V. évzáró közgyűlés 1898. december 28-dikán.) 88. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(IV. rendes ülés 1899. január 28-dikán.)

Elnök: Réczey Imre; jegyző: Lévai József.

(Vége.)

Deutsch László: Fodor tanárnak megköszöni a kapott felvilágosítást a „cytochemismus“ kérdése tárgyában, és elismeri, hogy a cellularis immunitás végeredményben szintén plasmatisches chemiai változásokon alapuló folyamat. Másfelől azonban hangsúlyozza, hogy a tiszta chemiai felfogás nem állhat fenn, a mióta *Metschnikoff* az immunizált állatnak fokozott alcalicitású nedveiben tenyésztette a megfelelő bacilusokat.

Korányi tanárnak felszólalására nézve kétségtelennek tartja, hogy a toxinimmunitás eddig még cellularis tényezők hatására vissza nem vezethető. Az antitoxin-hatás tisztán chemiai reactionnak tekinthető mai nap is. Csak újabban vindikál *Metschnikoff* iskolája némely mérgek elpusztításában (tetanus, arsen) a leucocytáknak nagyobb szerepet, a nélkül azonban, hogy e vizsgálatok végleg lezártaknak volnának tekinthetők. Részéről osztja Högyes tanár közvetítő felfogásában.

Pharynxplastica a garat szűkülete és sipolya miatt.

Herczel Manó: K. J., 20 éves napszámosnő 1897. május hó 26-án Nagyvárad környékén a mezőn egy férfi, ki rajta stuprumot akart elkövetni, megtámadta és nyakán késsel több metszést illetőleg szúrást ejtett. Másnap az ottani körorvos a sebet bevarrta. Három nappal később súlyos pneumoniával fuldokló állapotban hozott a nagyváradi kórházba, hol kitűnt, hogy a nyak a nyelvcsont és a gége között egészen a fejbicezentő izmokig keresztül van vágva, a gége le van sülyedve és az ez által keletkezett kis ökölnyi üreg, mely fölött a bőrt 20 cm.-nyi hosszban a körorvos egyesítette, bűzös detritussal telve. A sérültön azonnal tracheotomiát végeztek, az üreget kitisztították és a beteget gyomoreső segítségével táplálták. A beteg a pneumoniából kilábal és a nagy üreg gyorsan szűkült. Eleinte úgy tetszett, hogy műteti beavatkozásra nem is lesz szükség, de nemsokára nyelési nehézségek léptek fel, a garat sebé záródni nem akart, és ezért két ízben is megkísérelték a garatseb zárását, de a nagy feszülés miatt a varratok mindannyiszor széjjelmentek. A garat sebé folyton szűkült, a miért, hogy a beteg nyelhesse, újnyi vastag drainsövet vezettek be a garat sebé a bárzsingba. Ezen keresztül a beteg pépes táplálékot elég jól tudott nyelni, de a csövet nem tűrte sokáig, folyton kipiszkalta, a visszahelyezés pedig mindig nagyobb és nagyobb nehézséggel járt. Ha pedig a cső el lett távolítva, a garat annyira szűkült, hogy a beteg folyadékot sem volt képes nyelni. A mellett a táplálék legnagyobb része a garat sebéből kifelé folyt, ez által a nyakbőre kimarodott, lobossá vált. Ezen szomorú állapoton javítandó, Fráter főorvos úr szíves volt a beteget osztályunkra utasítani.

Felvételek: a lesoványodott nő nyakán a bőr nagy területen eczematosus, a jobb fül előtt és mögött keloidszerű hegek. A gége le van sülyedve, közvetlenül a jugulum fölött tapintható, ez által a nyak configuratioja megváltozott, a nyelvcsont és pajzsporc közötti spatium megnyúlt és besüppedt. A nyak középvonalában a nyelvcsont és a le-sülyedt gége között egy 3 cm. hosszú, 4–5 mm. széles befordult széli sipolyonyílást látunk, melynek szélei húrszerűleg feszülnek és csak egy ujjat engednek be. A sipolyon át a legvastagabb sondát is le lehetett tolni a bárzsingba, fölfelé azonban csak cseruzavastagságú. Szájüreg fölül bárzsingkutatást bevezetni soha sem sikerült, mert felakadt heges redőkben. Szájon át való vizsgálatnál a nyelv gyökén tapintható volt a jobb felé elhúzódt és zsugorodott epiglottis. Ennek töve mögött a pharynx hirtelen szűkült. A szűkület, mely egy körkörös, redőszerű, tömört, elől körülbelül 1 1/2 cm., hátul 1 cm. vastag heges gyűrű által képezetetik, csak a kis ujj csúcsát fogadja be. Bimanualis vizsgálatnál a körülbelül 1/2 cm. átmérőjű szűkületen át az ujjak csúcsai érintkezésbe hozhatók.

A beteg teljesen hangtalan, beszéde alig érthető, a gégeben fekvő légcső-canule-on át lélegzik, canule nyílásának elzárásakor azonnal fuldoklik. Nyelésnél a hig táplálék legnagyobb része a sipolyon át kifolyik, ha azonban a beteg kezével a nyílást befogja vagy szoros kötést alkalmazunk nyaka körül, hig és jól megrágott húsételt elég könnyen tud nyelni, csak kis része folyik ki a sipolyon át. Újabb műteti beavatkozás előtt az eczematát kellett gyógyítanunk, e közben a száj és garat közötti communicatio folyton szűkült, úgy hogy a beteg csak hig ételt tudott nyelni, ezért naponként retrograd úton bárzsing-sondákat vezettünk be. Ily módon a szűkület elég gyorsan tágult ugyan, de a mint néhány napig nem sondáztuk a beteget, nyelése azonnal nehezebbé vált, 8 mm.-nél nagyobb átmérőjű kutat egyáltalában nem sikerült bevezetni. Több hónapi kezeléssel elértük ugyan azt, hogy a beteg megerősödött, meghízott, eczematája tetemesen javult, de a sipoly nem gyógyult, a szűkület nem változott, ezért Herczel radikális beavatkozásra szánta el magát, tervbe véve a szűkítő hegek teljes kiirtását és a sipoly plastikus elzárását.

Herczel a műtétet 1898. október hó 11-dikén Trendelenburg-féle canule-lel, chloroform-narcosisban kezdte el, de mindjárt néhány csepp chloroform után beteg cyanoticus lett, collabált, úgy hogy az altatást abban kellett hagynunk. A beteg a hosszú műtétet bámulatos nyugalommal tűrte. Herczel a sipoly széleit körülvágta, a metszést a heges bőrön keresztül fölfelé a nyelvcsontig, lefelé a canule nyílásáig meghosszabbította. Ekkor kitűnt, hogy jobboldalt a bőr a pharynxba behúzódt, úgy hogy itt a sipoly hosszának megfelelőleg bőr képezi a pharynx oldalfalát, és hogy a sipoly fölött a garat egész kerületét tömört gyűrűszerű heg foglalja el.

Csupán hátul a középvonalban a gerincoszlop előtt volt egy 2–3 mm. széles ép nyákhártyás híd látható. A körkörös heget Herczel teljesen kiirtotta és a heges szövethé ágyazott pharynx falát felszabadította. Ezután a körkörös harántul futó garatseb felső és alsó szélét, hátul és oldalt 16 finom selyemvarrattal egyesítette, felhasználván a plastikára a jelzett bőrlebenset, mely elsülyeszte a garat jobb mellő falát képezte. Elöl a nyelvgyök alatt az összekunkorodott és jobbfelé elhúzott epiglottis is felszabadított. A garatseb mellő széleit harántul egyesíteni azonban nem sikerült, mert a nyakbőre és a mélyebb részek erős hegedése folytán a lesülyedt gégét felemelni nem lehetett. Ekként nem maradt más hátra, mint elől a garat sebé hosszában (12 selyemvarrattal) összevarrni, miután a garat hüvelykujj számára bőven átjárható maradt. A merőleges irányú bőrsébet varrattal egyesítettük, a bőr és pharynx fala közé gaze-csíkot vezettünk.

Lefolyás: Műtét utáni napon felcséréljük a Trendelenburg-féle canulet egy közönséggel, a beteget forralt és jégbe hűtött tejjel és borlevesrel tápláltuk cső nélkül, elég könnyen nyel. Harmadik napon csekély hőemelkedés, a csíkot kissé meghúzzuk, mire kevés nyál ömlik mellette, de már néhány nap múlva a nyálcsívgég teljesen megszűnik. A csíkot fokozatosan rövidítjük, 14-dik napon teljesen elhagyjuk, a betegnek keményebb táplálékot nyújtunk, a seb teljesen be van gyógyulva. Az 5-dik hét folyamán meg akarván győződni a garat tágaságáról, a legvastagabb bárzsing-bougievel óvatosan megkíséreltük a sondázást, a mi könnyen sikerült. Jelenleg 3 hónappal a műtét után beteg jól nyel, meghízott, a legvastagabb bárzsing-sonda is könnyen bevezethető. A garat szűkülete és sipolya radicalisan és állandóan meg van gyógyítva. Hat hét előtt mély tracheotomiát végeztünk a betegen és az eredeti canulet eltávolítottuk, abból a célból, hogy megkezdhesük az intubatiót, melylyel talán sikerül a gégeszűkületet megszüntetni, így esetleg a betegnek hangját és normalis úton való légzési képességét visszaadni. Miután a gége igen mélyen fekszik, mindezek szerint külön műszereket kell majd ezen célra készítenünk.

Cholecystoenterostomia.

Herczel Manó: T. I., 41 éves napszámos, fiatal korában lágy fekélyt és bubot szerzett, szeszis italokkal bőven élt, delirium tremens miatt több ízben kórházban feküdt. Három év óta azonban szeszis italoktól teljesen tartózkodik és azóta álmatlansága, deliriosus rohamai eltűntek. Szeptember hóban a gyomra táján fájdalmak léptek fel, étvágytalan lett, majd hányt, eleinte naponként, később 2–3 naponként étkezés után, rendetlen időközökben. Ugyanekkor észrevette, hogy bőre sárgul. Kólikaszerű fájdalmai soha nem voltak. A hányás 3 hét múlva megszűnt, de étvágya nem javult, nagyon elgyengült, sárgasága fokozódott, miért több ízben különböző kórházakban keresett segítséget, de eredménytelenül. 1898. november hóban Kétly, majd Bakody osztályára került, honnét műtét végett osztályunkra tetetett át.

Felvételek: a lesoványodott, igen elgyengült férfibeteg bőre erősen icterikus. Mellkasi szervei semmi eltérést nem mutatnak. Máj alsó határa 1 bordaközzel lejjebb ér. Has puha, sehol nem fájdalmas, szabad folyadékot nem tartalmaz. A jobb bordaív alatt, a bimbóvonalától valamivel kifelé, egy sima, elastikus, ökölnyi, hosszúság, lefelé keskenyedő tumor tapintható, mely a bordaív alól indul ki és majdnem a köldök magasságáig ér, alsó határa lefelé domború, oldalsó határai verticalis lefutásúak. A tumor csak erősebb nyomásra érzékeny, a légzési mozgásokat követi, oldalirányban mozgatható, mindezek szerint a nagyobbodott epehólyag. Beteg állandóan láztalan, teljesen étvágytalan; vizelete epefestenyen kívül más idegen alkatrészeket nem tartalmaz. Széke agyagszerű.

Valószínűségi diagnózis: cholelithiasis elzáródása esetleg epekövek által.

Herczel 1898. december hó 3-dikán végezte a műtétet chloroform-bódítással olyképen, hogy a jobb bordaív alatt 1 ujjnyira és vele párhuzamosan futó 12 cm. hosszú metszéssel a hasüreget megnyitotta, mire előtűnt a nagy ökölnyi igen feszes epehólyag, mely, mint Pravaz-feecskendővel meggyőződünk, egészen tiszta, csillogó, nyúlós epét tartalmazott. Hogy helyet nyerjünk az epevezető utak kitapintására, Dieulafoyval kiürítettük a nagy epehólyagot, mely 560 gm. tiszta epét tartalmazott. Erre a hólyag összeesett, úgy hogy be lehetett hatolni a hasüregbe. Legszorosabb vizsgálatnál sem lehetett követ kitapintani, ellenben a pancreas fejében egy igen tömört, dudoros kis diónyi tumort lehetett érezni, mely átnyúlt a cholelithiasisra és annak ürterét összenyomta. Miután a tumor radicalis extirpálása nem volt lehetséges, hogy a cho-

laemiának eleje vételessék, az epe elfolyása biztosított, Herczel *cholecyst-enterostomiára* szánta el magát és ezt a legkisebb Murphy-gyűrűvel gyorsan és simán végre is hajtotta. A jejunum lehető legmagasabb részét az epehólyag legmélyebb pontjához rögzítette, olyképp, hogy a vékonybélkacsot a harántremese előtt vezette fel. Három sero-serosus támogató varrat alkalmazása után hasfalvarrat.

A gyógyulás teljesen láztalanul folyt le. Már a műtét után 4–5-dik napon a icterus valamivel csökkent, a viszketés jóval aláhagyott. Hetedik napon ricinusra kissé epés szék, nyolcadik napon a varratok eltávolítottak. Tizenkettedik napon barna székben beágyazva kiürült a gyűrű. A beteg táplálkozása azután hamar javult, icterusa lassan halványodott. Erőbeli állapota kielégítően gyarapodott, széke naponta van, mindig barnán festenyezett, bőre még kissé sárgás.

22 liter folyadékot tartalmazó teljesen accret petefészek-tömlő kiirtása. Mikulicz-féle tömeszelés, gyulladás.

Herczel Manó: B. M. 50 éves napszámosné nyolczszor szült, utoljára 14 év előtt, 6 év óta nem menstruál. 2 év előtt hasa nőni kezdett és 9 hónap alatt oly nagy terjedelmet ért el, hogy járni nem tudott, feldoklott. Csapolásra állapota némileg javult, újra munkaképes lett, de néhány hónap múlva hasa megint annyira megdagadt, hogy újból le kellett a folyadékot bocsátani. A csapolást két év lefolyása alatt tizenkét alkalommal kellett ismételni. Minden alkalomkor 10–15 liternyi sárgás, nyúlós folyadék ürült ki. Utolsó hetekben állapota annyira súlyosabbra vált, légszomja annyira fokozódott, hogy járni sem tudott, miért is október hó végén esetleges műtét céljából osztályunkra került.

Felvételkor az igen cyanotikus lesaványodott beteg nagyon nehezen és szaporán lélegzik, hasa hatalmasan megnagyobbodott (legnagyobb kerülete 118 cm.), élénken hullámoz, bőre feszült és fényes. Kopogtatási hang a has felett mindenütt tompa, csak a szegycsont kardnyújtványa alatt két ujnyi széles területen dobos, kétoldalt a tompulat a tompulat a borda-ívekig ér, csupán mindkét oldalon hátul a lumbalis táj ad dobos hangot. Oldalfektetésnél a tompulat határai észrevehetőleg nem változnak. Tüdő határai feltoltak, szívcsúslökés a harmadik bordaközben bimbó vonalon kívül. Szívhangok tiszták, gyöngék, vizelet fehérvérrel nem tartalmaz. A hüvely felől daganatrész újjal el nem érhető. Mindkét alsó végtag nagy fokban oedemás. Mindezen körülmények figyelembe vételével *ovarium cystara tettük a diagnosit*, és hogy a beteg súlyos állapotján némileg javítsunk, felvétele után azonnal troicart-ral megcsapoltuk, nyolcz liternyi nyúlós, zavaros folyadékot bocsátván ki a tömlőből. Ezután a beteg légzése felszabadult, a feszülési fájdalmak a hasban enyhültek, szívműködés javult, a beteg kissé összeszedte magát, úgy hogy november hó 13-dikán a műtétet végre lehetett rajta hajtani, oly módon, hogy Herczel a fanivtól majdnem a kardnyújtványig erő metsszéssel a hasüreget megnyitotta, midőn kitért, hogy a tömlő, melyből bemetszésre 22 liter zavaros, nyúlós folyadék ürült, a belekhez, a gyomorhoz, cseplesz-hez szélesen oda van tapadva, felér a májig, kitölti az egész hasüreget és a rekesz felé szorítja a vékonybelek összes conglomeratumát. A belek egymás között és a gyomorral is annyira össze voltak tapadva, hogy az eligazodás nagyon nehéz volt, de a tömlő leválasztása mégis elég gyorsan ment, dacára, hogy az összetapadások szélesek és szorosak voltak. Jobb oldalon a hasfal és a vele összetapadt tömlőfal között az utolsó punctio helyén egy diónyi, sárgás, kásaszerűen besűrűsödött genyet tartalmazó hólyagra bukkantunk, a genyet kitöröltük, az abscessus falát éles kanállal erősen megtisztítottuk. A tömlőt végre teljesen kihámoztuk és nyelét lekötöttük; a jobb ovarium ép volt. Az igen szabálytalan, egy a máj alá nyúló mély recessussal bíró óriási üregben, melynek felső diaphragmaszerű falát az összetapadt belek gomolyaga képezte, a leválasztott összenövések helyén minden oldalról bő capillaris vérzés mutatkozott, melyet körülöttekkel teljesen csillapítani nem lehetett. Egyrészt ez okból, másrészt mert attól kellett tartanunk, hogy a műtét közben megnyitott abscessus tartalma a peritoneális ürt fertőzte, végre mert a bélhuzam összeforrt conglomeratuma nem sülyedt lefelé, és így nem töltötte ki a has hatalmas üregét, hogy holt ír ne maradjon hátra, a has üregét nem zártam el teljesen, hanem belé egy hatalmas, 6 m. steril gazeból álló tampont helyeztem és a hassebet lent és fent szűkítettem.

A lefolyás elég kedvező volt. Miután a beteg műtét után harmadik napon lázas lett, a kötés bőven véresen átvodott, negyedik napon az összes csíkokat a tamponból kihúztuk és újjakkal pótoltuk. A váladék igen bő volt, miért is a nagy nedvveszteséget pótolandó, kétnaponként 600–800 gm. konyhasó-infusiót alkalmaztunk eleinte subcutan, később a végbélbe. Tizedik napon a váladék bűzös lett, a hőmérsék felszállt 38.5°-ra. A kismenedecze felől némi genyretentio mutatkozott, mert a csíkok alulról nem vezettek jól, de a beteg nem hányt, nem csuklott, nyelve nedves volt és eléggé jól táplálkozott. A tampon burkát képező nagy gaze-lapot naponként kissé meghúztuk, hogy az óriási üreg lassacskán kisebbedhessék; műtét után huszadik napon teljesen eltávolítottuk, a mi csak nagy erő alkalmazása mellett sikerült és némi vérzéssel járt. Azután a bűz teljesen eltűnt, a beteg láztalan lett. Az óriási üreg elég gyorsan kisebbedett, jelenleg kistojásnyi, élénkörös sarjakkal bélelt. Az asszony összeszedte magát, megerősödött, fennjár, étvágya jó, széke 2–3-szor naponként spontán van.

Rákos mandola, garatívek és nyelvgyök kiirtása időleges állkapocscsökkentéssel.

Herczel Manó: A tonsillaris eredetű rák kiirtása nem ad rossz prognosit, különösen, ha a nyaki mirigyek még infiltrálva nincsenek. Még a carcinoma áttérjedése a garatívek, a plica glosso-epiglotticára, sőt a nyelvgyökre sem képez ellenjavallatot a műtétre, mint azt egy a mostanihoz hasonló súlyos eset igazolta, melyet Herczel 1893-ban mutatott be először az orvosegyesületben, és mely a másodszori bemutatásnál 2 1/2 évvel később még recidiváns volt.

K. Károly 45 éves kereskedő két hó előtt nyelésnél fájdalmakat kezdett érezni bal nyelvgyöke táján. Orvosa fekélyt kórismézett. Mintán esetelésre gyógyeredmény nem mutatkozott, sőt a fekély folyton növekedett, a beteg Teichner dr. tanácsára műtét végett osztályunkra vettette fel magát.

Felvételkor: a jól táplált férfibeteg bal tonsilláján ezüstforintnyi, kerekded, kiemelkedő, tömött szélű, bűzös lepedékkel bevont, közepén tölcsérszerűleg besüppedt fekély ül, mely mindkét garatívre circa 3 cm.-nyi hosszúságban, lefelé pedig a plica glosso-epiglottica lateralis 2/3-ára is áttérjed. A nyelv gyökének bal szegélyén, közvetlenül a bal tonsilla alsó széle mellett mogorónyi, tömött göb tapintható, mely közepén szinte kraterszerűen kifeléyesedett. Mirigyek nem tapinthatók.

Diagnosis: Carcinoma tonsillae, linguae, arcus palatoglossi et palatopharyngei.

A műtétet Herczel december hó 20-dikán chloroform-narcosisban végezte és pedig oly módon, hogy a bal szájszűgtől az állkapocscsöveg-letig vezetett metsszéssel a bal pofát felhasította, és az állkapocscsöveg-letig a 2-dik hátsó zápfog helyén a csonthártya letolása után Gigli-féle sodronyűrészzel kettészelte. A két csontvégnek hegyes kampókkal való szétfeszítése oly tág teret nyitott, hogy most már, nevezetesen akkor, midőn egyik segéd a nyelvet hosszú áthatoló vastag selyemfonalakkal előre és jobbfelé húzta, a daganat könnyen hozzáférhetővé lett. A mandulát most museaux-vel előrehúzták és az egész tumort, beleértve a tonsillát, a hátsó és elülső garatívet, valamint a nyelvgyök rákosan infiltrált bal szegélyét, részint késsel, részint ollóval egy darabban kiirtotta, miközben lefelé majdnem az epiglottis gyökéig hatolt; az által, hogy minden a metsszés körébe eső átmetszett véredényt (art. lingualis és art. pharyngea ascendens) azonnal lefogták, a garat felé hátraszivárgó vért folyton és gondosan kitörölték, sikerült a műtétet előzetes carotis-lekötés, vagy tracheotomia után eszközölt Trendelenburg-tamponade nélkül végezni. Exact vérzéscsillapítás után a kiirtott garatívek nyák-hártyszegélyeit 9 catgut-varrattal, a nyelvgyök megcsontolt szegélyét pedig 3 silkvorn- és 3 catgut-varrattal egyesítették. Az átszelt állkapocscsontvégeinek összehúzását ezüst-sodronynyal nehézséggel nem ütközött. Végül a pofán ejtett harántmetsszés a hátsó zug kivételével külön nyák-hártya- és bőrvarratokkal egyesítették, és a nyitva hagyott részbe a nyelvgyökhöz gaze-csik vezetett.

Lefolyás: teljesen láztalan. A beteget az első napokban, bárzsing-eső nélkül, kizárólag hideg tejjel táplálták. Nyelési nehézségei a műtétet követő nap után sohasem voltak. Bőrvarratok eltávolítása az 5-dik napon; a silkvorn-varratokat azonban csak 22-dik napon távolították el, mikor a beteg a száját már jól tudta nyitni.

Jelenleg a kiirtott tonsilla helyén sima nyák-hártya látható, mely redőszzerűleg a nyelvgyök felé húzódik. A sodronyvarrat még helyben maradt, hogy az állkapocscsontforradása a bemutatáshoz szükséges erősebb szájágítás alkalmával kárt ne szenvedjen.

Vesekiirtások.

Herczel Manó: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

(V. rendes ülés 1899. február hó 4-dikén.)

Elnök: Bókay János; jegyző: Dieballa Géza.

A felső végtag és a váll-lapoczká eltávolítása magasfektetésű sarcoma miatt, két eset kapcsán.

Dollinger Gyula: A felső végtagon a sarcomák két főalakban fordulnak elő. Az egyik a csontvelőből, a másik a csonthártyaából indul ki. Mindegyikből egy-egy példányt észlelt és operált meg s az elért eredményről a következőkben számol be.

I. A felkarcsont felső végének csontvelőjéből kiinduló sarcoma. 17 esztendő, athletaszerű férfi. Hat hónap óta vannak fájdalmai a jobb vállban. D.-nél 1898. május 11-dikén jelent meg először. Ekkor a jobb váll rendes teriméjének majdnem kétszeres térfogatát tüntette fel, felette a bőr, vívőerek erősen ki voltak tágalva, a daganat a lapoczkára is áttérjedt, az egész végtag vízenyősen duzzadt és a legkisebb mozgatsnál irtózatosan fájt. A beteg az utolsó napokban már egyáltalában nem bírt aludni és a fájdalmaktól végképen el volt csigázva. Még ha nem is lehetett volna a tumor ideális eltávolítására és a beteg végleges meggyógyítására gondolni, maga a fájdalom megszüntetése szempontjából is indikálva lett volna a végtag eltávolítása. Azonban egyrészt a daganat a lapoczkán túl nem terjedt, másrészt a beteg leírásából ismert korábbi lefolyás valószínűvé tette, hogy ez esetben a csontvelőből kiinduló úgynevezett óriássejtű sarcomával van dolga, a mely alakja a sarcomának a jobb indulatát közé tartozik, végre pedig a végtagnak a váll-lapoczkával való eltávolítása a mai sebészeti technikánál fogva nem életveszélyes művi beavatkozás: ezen okoknál fogva D. a betegnek a műtétet ajánlotta, a melyet az örömmel elfogadott és a melyet rajta D. másnap meg is ejtett. A műtét a következőképen történt: A bőrmetszés a clavicula belső és középső harmada között kissé a clavicula felett kezdődött és innen a musculus pectoralis és a deltaideus közötti részen a hónaljig vonul le. A claviculáról a csonthártya egy kis helyen letolatván, az Gigli-fürészszel átfűrészeltetett és a musculus subclavius átmetszetett. A nagy és a kis mellizom átmetszése után az egész karfonat és kulcsesont alatti véredények szabadon feküdtek. A karfonat átmetszetett, a kulcsesont alatti ütő- és vívőér pedig kétszeresen lekötve, a ligaturák között átvágtattak. A kétszeres lekötésre az ütőérnél azért van szükség, mert különben collateralis úton a környi csontból a műtét alatt vérzés támad; a vívőérnél pedig, hogy a központi csontkon keresztül légbehatolás ne történjék. A karfonat és a véredények átmetszése után az egész váll a felső végtaggal együtt kifelé esik, úgy hogy

a lapoczká mellső felülete válik láthatóvá. Most levágatják a m. latissimus dorsi, a m. serratus major és a többi lapoczkakörzítő izom, a mely művelet alatt a truncus thyreocervicalisnak a lapoczkához menő ágaiól történik kisebb vérzés, a mely azonban pinczetekkel azonnal elállíttatik. Következik a lapoczká kifejtése a bőrből és egy akkora lebeny meghagyása, a melylyel az anyagvesztés befödetik. Bőrvarrat. A műtét alatt a beteg igen kevés vért veszített, az összetapadás p. p. történt meg. Az eltávolított végtag vizsgálata kitüntette, hogy valóban a csontvelőből kiinduló nagysejtű sarcomával volt dolgunk, a mely azonban a csontburkot már áttörte, a csontot úgyszólván egészen széjjelfeszítette, úgy hogy a csontfejecsből a porczburoknál egyéb alig volt található, a diaphysis pedig számtalan hegyes csontszilánkkal végződött, a melyek a legkisebb mozgathatóságnál a karfonat idegeit érintették és azon irtózatot fájdalmakat okozták, a melyek a beteget annyira legyőzték.

Ezen velőüregbeli sarcomák néha igen lassan növekednek, úgy hogy a mint növekedésükkel a csöves csontot sorvasztják, azon mértékben a csonthártya külső lerakódás által új védő csontburkot termelhet, a mely a szervezetet a sarcoma invasioja ellen megvédi és részben a nyomás által, a mely alatt a daganatot tartja, egyszersmind annak növekedését is mérsékli. Innen magyarázható is ezen sarcomák relatív jóindulatúsága. A mint azonban a sarcoma ezen hártát egyszer áttörte, akkor gyorsabban nő belé a körülvevő lágyrészekbe, a honnan könnyebben képez is áttéti góczokat a szomszédos nyirokmirigyekben és vívőerek útján a belső szervekben. Az áttörés után tehát a daganat, úgy látszik, csak olyan rosszindulatú, mint a többi fajokonai.

A reconalescentia gyorsan haladt, a beteg egynehány hét alatt 9 kg.-ot hízott és az elvesztett vállat pótló prothesissel távozott. Szeptember havában a hegyben egy mogyorónyi göböt fedezett fel, a melyet azonnal kiirtott; január havában pedig, egy kissé távolabb, egy második kisebb göböt, a mely szintén eltávolíttatott. Egyébként a beteg egészséges.

(Folytatása következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(V. évf. közgyűlés 1898. december 28-dikán.)

Elnök: Réczey Imre; jegyző: Nékám Lajos.

Elnök a közgyűlést következő beszéddel nyitotta meg: Tisztelt közgyűlés! A közkórházi orvostársulat első lustruma betelt. Társulatunk a kezdet nehézségein túl van. Igaz, nem is kellett küzdenie azon nehézségekkel, melyek minden egyesület gyermekeivét kitöltik és megerősödését késleltetik. A székes főváros kórházi orvosainak közös óhajta, igaz és lelkes akarata teremtetten meg, rendelkezésére állott kórházaink gazdag anyaga, melyből célja elérésére bőségesen merithetett és így biztosan számíthatott a főorvosok tevékenységére és pártolására, de biztosan számíthatott egyszersmind érdekes, tanulmányos anyagra is. Volt kezdet óta bőségesen mit hoznia és volt rendelkezésére bőven, a ki hozzá!

De épen azon sajátos szervezettől kifolyólag, melylyel társulatunkat megalkottuk és mely a bemutatások tartására a kórházak orvosi személyzetét szemelte ki, származhattak esetleg olyan nehézségek, miket fiatal társulatunknak le kellett vala küzdenie. Hogy mást ne említsünk, felmerült természetesen azon aggodalom, hogy a fővárosi kórházak orvosainak ezen — első sorban maguk és a kórházon kívül működő kartársak okulására, másodsorban a gyakorlati orvostudományok fejlesztésére irányuló — törekvései mily fogadtatásban fognak részesülni kartársainknál; lehetséges lesz-e éppen azon kartársaink érdeklődését tartósan megőrizni társulatunk számára, kik a kórháztól távol állanak és kiknek a kórház tanulmányos eseteit közvetlen szemléltetés útján óhajtottuk hozzáférhetőkké tenni. Remélhetjük-e azt, hogy külső kartársaink tömeges érdeklődése és pártfogása kitarthatóan támogatni fogja ezen törekvéseinket és megnyitják-e ők viszont más téren szerzett gazdag tapasztalataik tárházát számunkra az által, hogy a bemutatott esetek kapcsolatában felfogásukkal, tapasztalataikkal, nézeteikkel eseteinket megvilágítva, ezek gyakorlati érdekét emelik és oktató hatásukat teljessé teszik.

Ez okozhatott volna társulatunk fejlődésében nehézségeket. Csakhamar meggyőződhetünk azonban arról, hogy ezen nehézségek sem állanak a társulat útjában. Külső kartársak oly mértékben mutatták társulatunk irányában érdeklődésüket, hogy nemcsak megindulásakor már kétszázhat meghaladó tagszámmal kezdhettem meg működését, hanem már működésének első évét lezárva, tisztelt elődöm az elnöki széken megállapíthatta azt, hogy külső kartársaink támogatása el nem maradt és munkásságunkban való részvételük az üléseinkben mindjobban fejlődő eszmecserékben élénken nyilvánul. Külső kartársaink ezen érdeklődése azóta sem lankadt s ezen alkalommal oly mértékben nyilvánul, hogy a mai közgyűlésnek 86 új tag választását ajánlhatjuk, mi által tagjaink száma az ötszázhat megközelíti.

Ezen tapasztalattal megnyugtatta és a teljesített kötelesség érzésével zárhatjuk le társulatunk működésének ötödik évét. Nemcsak a főorvosok testülete lankadást nem ismerő buzgalommal és kitartással működött közre társulatunk megerősödésén, de külső kartársainknak szíves érdeklődése, a szakszerű eszmecseréknek mindjobban fejlődő érdekessége is társulatunk munkálkodását a gyakorló orvosokra értékessé tették és eredményezték azt, hogy társulatunkat a gyakorló orvostudományok fejlesztése körül immár számottevő tényezőnek tekintethetjük.

Hogy társulatunk sajátos szervezete nem akadály annak fejlődésében, azt tanúsítja azon körülmény is, hogy társulatunk példája után indulva, a budapesti általános poliklinikum is hasonló bemutató

üléseket rendez immár három év óta, melyeken gazdag járó beteganyagát a gyakorló kartársakkal megismertetni sikeresen törekszik.

Társulatunk multja így lesz biztosítéka társulatunk jövőjének annál inkább, mert a lefolyt évben székes fővárosi közkórházaink főorvosi testülete több új s a tudományos törekvések iránt lelkesedő, munkabíró erővel gyarapodott, kik, hogy társulatunk céljaira épp oly ernyedetlen lelkesedéssel és kitartással fognak közreműködni, mint főorvosi testületünk régibb tagjai, nem kételkedünk. És ha e mellett, mint a belépésre jelentkező külső kartársak nagy számából jogosan következtethetjük, összes tagtársaink eddig tanúsított érdeklődése is fokozódik: elmaradhatatlan lesz társulatunk működésében újabb lendület, mely, hogy tartós és állandó legyen, legőszintébb kívánságunk!

Ezzel van szerencsém a közkórházi orvostársulat ötödik évf. közgyűlését megnyitni.

Titkár felolvassa évi jelentését, mely szerint a lefolyt évben 16 ülésen 32 előadó 105 bemutatót tartott és pedig: 44 sebészeti, 36 dermatológiai, 15 belgyógyászati, a többi eset a szemészet, ideg- és gyermekgyógyászati körébe vágott.

Elhunytak ez évben a társulat tagjai sorából: Schwimmer Ernő, Rumbach István és Bauer Antal, meleg szavakban emlékszik meg továbbá a titkár a nemrégiben elhalt Gruby Dávidról.

A lefolyt évben az igazgatóság tagjai sorába léptek: Minich Károly, Török Lajos, Schultz Henrik, Tomka Samu és Fejér (Weisz) Gyula.

A pénztáros jelentése szerint 1898-ban volt 812 frt 8 kr. bevétel, 620 frt 29 kr. kiadás, marad a pénztárban 191 frt 79 kr.

Új tagokul 86-an választottak meg.

Végül Havas Adolf tartott emlékbeszédet Schwimmer Ernő felett. (Lapunk más helyén közöltük.)

PÁLYÁZATOK.

1900/899. sv. b. szám.

Udvarhely vármegye székeskeresztúri járásba bekebelezett etédi körorvosi állás lemondás folytán megüresedvén, annak választás útján leendő betöltésére pályázat hirdetettik.

Ezen állással a községek pénztárából évnegyedenkénti részletekben 500 frt fizetés és 150 frt úti átalány javadalmazása van egybekötve, azonkívül magánfelek gyógykezelése alkalmával minden vénnyírásért a körorvos házána 30 kr., házon kívül 40 kr., látogatási díj a lakhelyen kívüli községekben pedig 1 frt 50 kr. illeti meg, éjjel annak kétszeresét szedheti és e mellett természetbeni fuvar vagy kilométerenként 13 krt követelhet.

Ezért tartozik az 1876. évi XIV. t.-cz. szabályrendeletében előirt teendőket végezni.

Pályázni kívánók felhivatnak, hogy folyamodványaikat az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelve 1899. évi február hó végéig annál inkább alólírt főszolgabírói hivatalhoz adják be, mert később érkezett kérések figyelembe vételű nem fognak.

A választás Etéd község házána 1899. évi márczius hó 3-dikán délelőtt 9 órakor fog megtartatni.

Székeskeresztúr, 1899. évi január hó 28-dikán.

2-1

A főszolgabírói hivatal.

287/899. sz.

A Gabela — tartományi határ — trebinjei bosnyák-hercegovinai vasútvonal építésénél egy okleveles orvos kerestetik a vonalbeli orvosi szolgálatra és egy Dracevo-nál a gabelai vasúti állomás mellett építendő munkáskórház vezetésére 200 frt havi fizetéssel, a mintegy két évi szükségére egy havi felmondás és azonnali felvétel mellett.

Sebészeti gyakorlat, egy szláv nyelv ismerete feltétlenül szükségesek, az olasz nyelv tudása kívánatos.

Folyamodók keretnek orvosi diplomával, korukat, az építéskörűl nehéz szolgálatra alkalmas testalkatukat, jó nevüket, eddigi gyakorlatukat és nyelv-ismeretüket igazoló bizonyítványokkal ellátott folyamodványaikat szolgálatvételük megkezdésére vonatkozó időpont kijelölésével 1899. évi márczius hó 15-dikéig az alólírt hivatalnál benyújtani.

Sarajevo, 1899. évi február hó 3-dikán.

A Bosznia és Hercegovinai tartom. kormány

1-1

építészeti igazgatósága.

HIRDETÉSEK.

Vese, húgyhólyag, húgydara és köszvénybántalmak ellen, továbbá a **légző és emésztési** szervek **hurutos** bántalmainál, orvosi tekintélyek által a

Lithion-forrás

Salvator

sikerrrel rendelve lesz.

Húgyhajtó hatása!

Kellemes íz!

Könnyen emészthető!

Kapható ásványvíz-kereskedésekben és gyógyszerárakban.

A Salvator-forrás igazgatósága Eperjesen.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEM
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Chudovszky Móricz: Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem 2. számú (Réczey tanár) klinikumáról. Gümös hashártyalobok. 89. l.
Stiller Bertalan: Az enteroptosis és ideges dyspepsia tana a bordajel alapján 90. l.
Hasenfeld Arthur: Közlemény a lipcsei belkóroda laboratóriumából. A bacillus pyocyaneus mesterségesen létrehozott szívbelhártyagyuladástól és egyes a szívbelhártyagyuladástól általános illető megjegyzések. 91. l.
Török Lajos: A seborrhoea corporis (Dühring) és annak viszonya a psoriasis vulgarishoz és az eczemához. 92. l.
Tárca. Ifj. Klug Nándor: Néhány külföldi élettani intézetről. 95. l.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Schröder und Mennes: Über die Mischinfection bei der chronischen Lungentuberculose. 96. l. — Lapszemle. Kunkler: Orexintannat a gyermekpraxisban. 96. l. — Jodoformogen, szagtalan jodoformkészítmény. 96. l.
Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Az orvosi honorariumok és a biztosító intézetek. — A Semmelweis-emlék javára begyűlt adományok kimutatása. — Szegedy József. — Budapesti általános poliklinika. — Megjelent. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Sarbó Arthur dr. — Baumgarten dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 96. l.
Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem 2. számú (Réczey tanár) sebészeti klinikumáról.

Gümös hashártyalobok.

Irta Chudovszky Móricz dr. tanársegéd.

A mióta az emberi test helybeli gümös góczai okszerű sebészeti kezelés tárgyai lettek és ha nem is a kívánt eredménnyel, de mégis jelentékeny számmal tud minden sebész tartósan gyógyult ily eseteket felmutatni, azóta a hashártya gümöjének úgy körülírt, mint általános esetei a sebészeti kezelés körébe jutottak. Az a 400,000 magyarországi tüdővész, a kikerül mint a nemzeti vagyon veszteségéről tesz említést Korányi¹, nem az egyedüli tér, a hol a gümőkórral mint terjedő járvánnyal kell küzdenünk. Azt hiszem, ha ezekkel szembeállítjuk a sebészeti kezelhető gümös egyének tömegét, itt több tennivalónk akad és több eredményt is érhetünk el. Hiszen ilyenkor még csak oly megbetegedéssel van dolgunk, a hol a különben ép szervezet küzd egy fertőzési góccsal. A miként ezt mindennap látjuk a bőr, az izmok, a csontok, a nyálkahártya, az egyes nagyobb szervek gümös betegségeinél, ugyanígy kell azt vonatkoztatnunk az egyes savós hártyák, így a hashártya ilyenmő bántalmára is. Az igaz, hogy míg az egyik esetben az eredmény még súlyosabb esetben is végleges gyógyulás, addig más esetekben még enyhe helybeli folyamatnál is a gümőkór lassan általános szervezeti fertőzést okoz. Így állunk mi a sebészeten a hashártya gümőkórjával szemben.

Nem a sebészek, hanem a nőorvosok érdeme az, hogy a sokféle ivarszervi gümös megbetegedések közül azokat, a melyek a hashártya ugyanilyen fertőzését előidézték, sebészeti beavatkozás tárgyává tették. Spencer Wells hashártyagümő első gyógyult esete óta 32 év mult el, Schücking esetét 22, Stellwag 20 év előtt műtette; csak a mióta Kochnak a gümőkórról szóló vizsgálatai annyira felvilágosították ezen savóshártya megbetegedésének gyakran oly felderítetlen kórképét is, azóta lett e megbetegedés is nagyobb mérvben a sebészeti beavatkozás tárgyává.

Ha e téren a sebészeti beavatkozás növekvő száma mellett a számadatokat tekintjük, úgy a gyűjtő kimutatásokban újabb és újabb bizonyítékokat találunk arra nézve, hogy a hashártya gümöje viszonyítva más helybeli gümös folyamatokhoz eléggé gyakori. A bántalom elterjedését mutatják azon kórházi kimutatások és kórbonczatani jelentések, a melyeket az újabb irodalomban közöltek. A Stefania-gyermek-kórház² kimutatásai szerint 14,300

bejártó betege közül 13,109 egyén 0—14 éves volt, a kik közül 9.1 százalék gümös beteg volt. A gümös betegek közül

0—1 évesre	0.3%
1—3 „	0.9%
3—7 „	0.9%
7—14 „	0.5% esik,

azaz a gümös megbetegedések a 7. életévig növekvő számban észlelhetők. E nagy számú gümös beteg közül tiszta hashártya gümőkór esetére 0.7% jut.

König³ az irodalomból 131 hashártyagümő-esetet gyűjtött össze, a melyeket a sebészek három év alatt műtettek és közöltek. Ezen 131 eset közül 120 nő és 11 férfi. Ugyanesak 107 bonezolt esetet összegezett, a melyek között 89 eset jutott a férfiakra és 18 a nőkre. Vagyis: a míg a nők a különböző ivarszervi megbetegedésekhez csatlakozó gümös hashártyalobbal hamar kerülnek orvosi kezelésbe, addig a férfiak ezt elkerülik és csak a bonezoló teremben kerülnek észlelésünk alá. Ha e két kimutatást összegezzük, úgy 130 női esettel szemben 100 férfi áll szemközt. Habár e számarány a két nem közötti elosztódást illetőleg lényeges különbséget mutat fel, mégis végleges felvilágosítást csakis a gyűjtött esetek ezrei adhatnak. Philipps bonezjegyzőkönyvei szerint 2230 felnőtt egyének gümös esete közül 107, azaz 4% pusztult el a hashártya gümös lobja következtében, a mi a gyermekkor adataihoz képest, a melyeket Torday állított össze (0.7%), lényeges szaporodást jelez. Úgy látszik a növekvő kórral a hashártya gümös fertőzésének száma is növekedik. Ha pedig még azt is tekintetbe vennők, hogy növekvő kórral megkevesbeedik az egyenlő kóruak száma, akkor a felnőttek 4%-nyi gyakorisága még jobban növekednék.

A hashártya gümös fertőzésének okai ugyanazok, miket a többi szervek ilyenmő bántalmánál észlelni szoktunk. Így ismerjük már azt, hogy a méhben lévő magzat is gümösen fertőzött lehet. Landouzy és Martin⁴ egy tüdővész anya hat és fél hónapos magzat hullájának tüdejéből egyes részleteket tengerimalaczok hasüregébe oltottak be, a melyek azután négy hónap lefolyása alatt elpusztultak. Egy másik esetben egy öt hónapos magzat vérével oltottak be tengeri malaczokat, a mely magzat anyja tüdővészben pusztult el; a kísérleti állatok hasonlóan négy hónap múlva elhullottak.

Armanninuk is sikerült e kísérlete. Schmorl és Birch-Hirschfeld⁵ tüdővészben meghalt anya méhlepényében s a magzat májának hajszálereiben leltek gümös baktériumokat. Rindfleisch⁶ egy tüdővész anya nyolcz napos gyermekének hullájában, a midőn a tüdőt vizsgálta, abban gümöket talált. A felhozott esetek a

mellett bizonyítanak, hogy a szervezet gümös fertőzése már a méhben jöhet létre, a midőn az anya nagyfokú gümös fertőzése a vérkeringés útján fertőzi a magzatot is.

A méhbeli fertőzésnek másik módja az, hogy az anya ivarszervi gümös megbetegedése, különösen a gümös kúrtgyulladás, a mely oly gyakran kiinduló pontot képez különösen a nők gümös hashártyalobjára nézve, átterjed a méh üregére és fertőzi a magzatot.

A méhbeli fertőzésnek harmadik módja az, hogy az ondó, a melyet gümös here vagy gyakrabban gümös mellékhere termel, fertőzheti a petét. E lehetőség nincsen kizárva, mivel tudjuk azt, hogy az ondóban sikerült kimutatni gümöket, valahányszor gümös here- illetőleg mellékhere-lobbal volt dolgunk. A csecsemő és gyermekkori fertőzés helyét legtöbbször tehát magában az anyaméhben kell gondolnunk.

A gümös fertőzésnek egyéb módjai általánosan ismeretesek. Tudjuk, hogy mennyire fertőző a tüdővészések köpete, a mely felszálló por alakjában fertőzheti a légzőszerveket; a bevett tápszer fertőzheti a tápcsatornát a szájniylástól kezdve végig a végbél nyílásáig; az ivarszerveket fertőzheti az egyik fél fennálló gümös ivarszervi megbetegedése; közvetlen sebbe oltás is fertőzheti az egész szervezetet.

A hashártya gümös fertőzésének a kapuja legtöbb esetben a *tápcsatorna*. A lenyelt tápszer, a mely fertőzi a bél falát, gümös bélfekélyt idézhet elő, a melynek bakteriumai a bélfalon át igen könnyen a hashártyára juthatnak. A nők ivarszervei hasonlóképen sok alkalmat szolgáltatnak arra, hogy műszerek bevitelével, orvosok, bábák vizsgálata közben a gümös beoltassék a nyálkahártya repedéseibe, a honnan mint felszálló fertőzés könnyen kerülhet be a hasüregbe. A hashártya gümös megbetegedése sok esetben a hashártyával határos szervekből indul ki. Ismerjük a háti és az ágyéki csigolyák gümös esontgyulladásából származó súlydedes tályogokat, a melyek a hashártya mögötti részen súlydednek és a szomszédos hashártyát gümövel fertőzik; ismerjük a vesekörüli gümös tályogokat vagy a gümös mellhártyaizadomány áttételéből eredő gümös hashártyalobokat.

A hashártya gümös fertőzése legtöbbször a véráram útján jön létre, a midőn úgy a zsigeri, mint a fal hashártyán számos apró tüszúrásnyi, mákszemnyi lobos gócz támad, a melyek felett a hashártya endothelje még mindig ép lehet. Vagyis a vérárammali fertőzés esetében a véredek végső ágai mentén jön létre a bántalom, míg ha a szomszédságból terjed át, úgy annak az útját a nyirokerekek jelölik.

A hashártya gümös lobja nem szokott egyféle alakban megjelenni. Annak különféleségei függnek a fertőzés módjától s annak elterjedésétől. Ezen lob különböző alakjait vagy kórtani alapon, vagy a kórágyn észlelhető tünetmények szerint lehet osztályozni. Ismeretes dolog, hogy a hashártya gümöje hasonlóan más szervek gümöjéhez, különböző változásokon megy keresztül. Az apró epitheloid sejtekből álló gócz, a melyben óriás sejtek képződnek szemeses protoplasmával, széles elágazó nyúlványokkal, néha széles burokkal és sugárszerűen elrendezett magvakkal, nem marad meg ebben az állapotban. Egész tömegén a műtett betegeknek, a kiket ismételve műtettek, a gócsot vizsgálva kimutatta a kórszöveti folyamat elváltozását. *Gatti* gócsosví vizsgálatai szerint a gyógyulásnak induló gümös gócz közepében elszíntelenedett vagy szétesett sejteken kívül üregeket találhatunk, a melyek epitheloid sejteknek felelnek meg. Ezen üregek közül egyesek üresek, mások szétesésben lévő sejteket tartalmaznak; némelyek csak magvakat, mások pedig osztódásban lévő magvacsokat. Az üregek bizonyos idő múlva összefolynak és a képződött új kötőszövet zsugorodik.

Nanotti és *Baciocchi* szerint a hashártya gümöje olyképen gyógyul, hogy az elzárt gümös bakteriumok elvesztik fertőző képességüket, szétesnek, az epitheloid sejtek phagocytákká alakulnak. A gümös góczot alkotó sejtek ekkor szétesnek, új erek képződnek, új kötőszövet képződik, a minek következtében a gócz meggyógyulhat.

Urso szerint a kórjellegző óriás sejtek és epitheloid sejttömegek kereksejtesen beszűremkednek azon helyeken, a merre a véredek haladnak. E beszűremkedés helyén lassankint hegszövet képződik és a gümös gócz elpusztul.

(Folytatása következik.)

Az enteroptosis és ideges dyspepsia tana a bordajel alapján.

Közli: *Stiller Bertalan* dr. egyetemi tanár.

(Folytatás.)

Másodfokúnak tartom a bordajelt, ha a 10-dik borda mozgatható, de porzleceze megvan, vagy csak kevésbé rövidebbnek tetszik, mely utóbbi esetben ezért még mindig egy keskenyedő szabad heggyben végződő porzozos vég mutatható ki. Leggyakrabban ez a másodfokú mozgékonyosság található. Az esetek kellő megrostálása után, itt is merem állítani, hogy a porzdefectus és a mozgékonyosság foka a dyspeptikus neurasthenikus zavar nagyságára enged következtetni, többé-kevésbé. Ha a porzleceze megvan, rendszeren kisebb a mozgékonyosság, de vannak esetek, hol megfordítva áll a dolog; sőt láttam olyan eseteket, hol a lécz egészen hiányzott, a borda az első foknak megfelelőleg tompán végződött, s daczára ennek teljesen rögzítve volt. Ezt onnan lehet megismerni, hogy a bordaív ívvonala a 10-dik borda végén egy mélyen benyomuló szögbe törik. Olyan esetekben, a hol a porzdefectusnak nem felel meg a mozgékonyosság, sokféleség keletkezik, hol is a bántalom fokára való következtetést mindkét tényező viszonyából kell levonni. Úgy hiszem, hogy a bonczani elváltozást, vagyis a defectus fokát még inkább számításba kell venni, mint a mozgékonyosságot. Végre meg kell említenem, hogy bonczasztalon a 10-dik borda végét, lett légyen bármilyen fokozatú is, mindig teljesen szabadnak találtam, és sohasem volt az szálagosan a bordaívhez erősítve, mely tehát eredeti nézetemet e tekintetben módosítja. Ez a bonczani bizonyíték lovagias ellenfelem előtt is kétségtelenné teszi, hogy a bordajel mindkét tényezőjével, azaz a defectus és mozgékonyossággal együtt veleszületett. Első munkámban csak a mozgékonyosságról szóltam és így el lehetett még képzelni, hogy azt fűző stb. okozza, bár ennek is ellene szólt az a körülmény, hogy férfiaknál csaknem oly gyakran találni, mint nőknél; de a defectust már mindenképen veleszületettnek kell tekinteni. De a dolgok végső elemzésében a porzleceze megrövidülése nélkül fennálló mozgékonyosság sem egyéb mint defectus, t. i. hiánya azon kis porzlecezheggyecskének, mely rendes körülmények közt a 10-dik bordát a 9-dikhez ragasztja.

Gondolom, ezekkel tisztába hoztam, hogy *Glénard*nak minden erőlködése, melylyel az enteroptosis veleszületett hajlandóságát kétségessé tenni és a maga erőművi kóroktanát megerősíteni igyekszik, hiábavaló. Tudjuk, mily nehéz önalkotott és megszokott meggyőződéstől megválni. De hiszen voltaképen csak a betegség oktanát illetőleg különböznek nézeteink, s az én nézetem nyilvánvalólag csak arra való, hogy *Glénard*nak a neurasthenia és dyspepsia fogalmára nézve oly jelentékeny tanát kellő világitásba helyezze. A felfedező érdeme kétségtelen, annyira, hogy a követők módosításai és javításai, legyenek azok bármily nagyok is, ebből az érdemből semmit nem vonhatnak le. A következőekben meg fogom mutatni, hogy én az ő klinikai és megfigyelő képességét teljes mértékben méltányolni tudom.

Már első dolgozatomban is vallottam, hogy a rendszeres, jól körülírt, veleszületett alakon kívül van az enteroptosisnak egy szerzett fajtája is, mely azonban csak kevés számú esetben van képviselve. Ezek aetiologiájában idült erőművi befolyások, peritonealis összenövés, körülírt gyulladások, néha heveny traumák játszanak lényeges szerepet. Itt nagyrészt részleges enteroptosisról, azaz egyes szervek súlyyodásáról van szó; vándorló — rendszeren megnagyobbodott — lép, mozgékony máj, mozgó balvese, a haránt remesének és az S bélnek eltolódása és áthelyeződése található. Kisérő, functionalis tünet vagy egyáltalában nincs, vagy tisztán helybeli; de a veleszületett alak neurasthenikus, dyspeptikus képét ezeknél hiába keressük. Ezen helybeli alakon kívül előfordul azonban egy olyan szerzett fajta is, a mely teljes; legnagyobb részét az, a melyet *Landau* irt le, a mely sok szülés után keletkezik és lógó hassal, jobb vagy mindkétoldali nephroptosis, a gyomornak súlyyodásával, táguásával s ideges dyspeptikus zavarokkal jár s a mely néha teljesen a veleszületett enteroptosis képét adja. De ha közelebbről vizsgáljuk, úgy találjuk, hogy *van elég asszony, a kin tíz vagy több gyermek szülése után sem mutatkoznak ezen tünetek, s viszont fiatal asszonyok az első vagy*

második gyermek után már ebbe az állapotba juthatnak; ilyenformán itt is hajlandóságra bukkanunk, a melyet az én tapasztalatom szerint a legtöbb esetben a bordajel mutat. Meg vagyok róla győződve, hogy a Landau-féle esetek nagy része, a melyeket Langerhans is az enteroptosis egy külön fajaként méltat, a legitim veleszületett alakok keretébe tartozik. A tisztán mechanikus eredetű esetek, a melyeknek tulajdonképeni oka a hasfal ellazulásában rejlik, a hasi szerveknek a laza hashártyaszákban való anatómiai lesüllyedése daczára sem adják az ideges dyspeptikus körképet. Ezt az állapotot gyakran találjuk erőteljes jól táplált nőknél. Végre pedig ide kell sorolnom az enteroptosisnak azon szerzett, teljesen kifejlődött eseteit is, a melyek bordajel nélkül: bánt, nélkülözés, szellemi megerőltetés, kiesapongás stb. által szerzett ideges dyspepsia és lesóványodás révén jönnek létre. Ezek azonban nagyon ritkák, sőt nem zárkozhatom el azon kétség elől, hogy vajjon nem tartoznak-e ezek is a bordajel nélküli veleszületett esetek sorába. Látjuk tehát, hogy a szerzett alakot nem lehet élesen elválasztani a veleszületettől; az érintkezési pontok elmosódottá teszik a határt; mindenestre azonban a szerzett messze mögötte marad a másiknak. Az élő természet nem számtan; a dolgok egy bizonyos physiologikus szélességben történnek és az életkörülmények megzavarodásának, tapogatózó belátásunk által alkotott törvényeit mindig cum grano salis kell felfogni. Habár a veleszületett enteroptosisok túlnyomó nagy részét a bordajel kíséri, mégis vannak esetek — kevés számban —, hol megvan a laza habitus, de hiányzik a bordajel. Már első dolgozatomban is ki-mondtam, hogy a positiv lelet a bántalom veleszületett volta mellett szól, a negativ azonban semmi esetre sem bizonyít ellene. A természet néha úgy tetszeleg, hogy elvértve erős, jól táplált test mellett mutat enteroptosist bordajel kíséretében. Glénard-nak nincs igazsága, ha ő ezen enteroptose grasse-t, az én nézeteimmel ellentétben, az atonikus fajtaival akarja egyenértékűnek feltüntetni. Ezen nagyon ritka esetek, a melyeknél különben az ideges dyspeptikus zavarok képe sohasem fejlődik ki teljesen, kivételek és pedig olyan kivételek, a melyek a szabályt csak erősítik.

Hasonlíthatatlanul tanulságosabb az eseteknek egy másik sorozata. A mint van habitus karakterizálta kétségtelenül veleszületett enteroptosis mozgó borda nélkül (a veleszületett esetek 10—15%-ára becsülöm számukat): épen úgy akad, persze csak elvétve, erős, egészséges egyéneknek mozgó tizedik borda, dyspepsia és a hasi szervek lesüllyedése nélkül. Ilyen férfiak vagy nők élete folyamán előfordulnak olyan körülmények, a melyek ezeknek digestiv, ideges terheltségét bizonyítják és mutatják, hogy ideges dyspeptikus zavarokra másoknál hajlandóbbak; azaz, hogy a mozgó borda náluk is valóságos stigma jellegével bír. Ezen jelentőség megvilágítására a következőkben egy pár példát sorolok fel.

Egy 30 éves, erőteljes, 78 kilogramm súlyú ember, kinek különben dyspeptikus panaszai vannak, egy nagy tivornyázás után heveny gyomor-hurutot kap, mely sehogysem akar javulni. Megjárja Karlsbadot eredménytelenül. Én a betegség kezdete után hét hóval láttam: 21 kilót soványodott és egy súlyos ideges dyspepsia tipikus képét mutatja; atonikus gyomor-tágulat, loesogás köldökig, helyzetváltozásnál hangváltozás a gyomor felett, veséi nem tapinthatók, de bordajel van.

Fiatal erőteljes ember négy hónap előtt gyomor-hurutban betegedett meg, mely azonban csak három hétig tartott; étvágya jó, panaszai nincsenek, mégis azóta tizenegy kilogrammot fogyott; enteroptosisnak semmi nyoma, de bordája mozgékony.

Egy 14 éves, teljesen jól alkotott fiu hány, valahányszor az iskolában felelni felszólítják; mozgó borda. Ugyancsak ezt találok az öt kísérő anyjánál is.

Nagy, erős, 32 éves falusi gazda minden különösebb panasz nélkül hét hónap óta 22 kilóval lett soványabb; azelőtt sohasem volt beteg. Jó étvágya van, széke rendes, egyedüli panaszát az képezi, hogy reggelenként és mérgelődés után gyomortáji fájdalmakat érez. Hyperaciditas és csekély hypersecretio. Vizeletben semmi rendellenes; mozgó borda.

Ezelőtt állandóan egészséges 31 éves férfinál dyspeptikus zavarok és kolikaszzerű belfájalmak léptek fel, melyeknek okául taenia bizonyult be. Elhajtották, de változatos neurasthenikus tünetek és szeszélyes dyspepsia maradt vissza. 30 kilóval lett soványabb; mozgó borda.

Tizennyolcz éves, azelőtt egészséges és üde leány, 6 hónap előtt heveny gyomor-hurutot kap, a mely makaeszkodik. Karlsbadba küldik, de az evés előtt és után jelentkező fájdalmak nem szűntek meg. Halavány és kedvetlen, de sem nem hysteriás, sem nem sápkóros. Enteroptosisnak semmi jele, súlyából 18 kilót veszített; mozgó borda.

Tizenhat év előtt megfigyeltem egy körülbelül 40 éves, kövér, erős falusi gazdát, aki egész hevenyen gyomor-hurutot kapott és négy hónap alatt 30 kilót veszített súlyából. Különben panaszok és siránkozó neurasthenikus lett belőle. Ezt az embert azóta időnkint láttam és mondhatom, hogy sohasem szedte magát teljesen össze. Az utóbbi években, mióta figyelmes lettem a bordajelre, gyomrát kitágulva és tizedik bordáját a legmagasabb fokban mozgékonyan találtam.

Ezek az esetek kiváló fontossággal bírnak tárgyunkra nézve, mert élesen világítják meg a mozgó borda stigmatikus jelentőségét. Látunk erős, egészséges embereket, kik teljesen indokolatlanul dyspeptikus hibában leledzenek, vagy ami még élesebben bizonyító, látjuk, hogy ilyen emberek valami jelentéktlenebb gyomor vagy bél megbetegedés után, egy esetben pedig egy csakhamar elhajtott taenia után mely táplálkozási zavarok és súlyos neurastheniába esnek, 20—30 kilónyi súlyvesztést szenvednek, mely állapotukból a betegek legnagyobb részét csak évek múlva, részben pedig sohasem épülnek fel. Legnagyobb részüknél haladó és tartós soványodás mellett, kisebb-nagyobb fokú enteroptosis lép fel. Olyan körképek ezek, melyeknek láttára a gyomornak súlyos, organikus elváltozása, diabetes, nephritis, vagy más constitutionalis betegség után kutatunk; a negativ lelet daczára sem bírnak megnyugodni, hanem valami lappangó súlyos bántalom lebeg szemeink előtt. E rejtélyes esetekben valósággal iránytű a bordajel. Veleszületett terheltségű egyénekkel van dolgunk, kiknek egészsége kedvező külső és belső viszonyok között eddig megállotta helyét, míg egyszerre egy shock után hajlamosságuknak esik áldozatul. Ezeknél a mozgó bordán kívül állandóan fokozottnak találtam a térdreflexet. Fel kell tételezni ezeknél nemcsak a központi idegrendszer, hanem az emésztési és assimilatio szervek labilitását is, a mi minden valószínűség szerint a hasi sympathicusra vonatkozik, melynek asthenikus állapota az okozott táplálkozási zavarok révén idézi elő az emésztő-csatornának és a hashártya-függesztő szalagoknak atoniáját, azaz a ptosisra való hajlandóságot. Mindez rövidebb-hosszabb ideig rejtve marad, azután hirtelen összes következményeivel előtérbe lép. Az esetek legnagyobb részében, hol a hajlandóságot már a laza, gyenge habitus is elárulja, az egész körkép lassan, észrevétlenül már az élet virágzásának első szakában fejlődik ki; ezek az enteroptosis kifejezett esetei, melyeket mi rendszerint teljesen kifejlődve szoktunk megtalálni.

(Folytatása következik.)

Közlemény a lipcei belkóroda laboratoriumából.

A bacillus pyocyaneussal mesterségesen létrehozott szívbelhártyagyuladásról és egyes a szívbelhártyagyuladásokat általában illető megjegyzések.

Hasenfeld Arthur dr.-tól.

(Vége.)

Még mindig meglehetősen elterjedt ama nézet, hogy a hangos és hosszantartó zörejek rosszabb prognosira engednek következtetni, mint a gyengébb és rövidebb zörejek, mert utóbbiak általában a billenyűbaj könnyebb természete mellett bizonyítanak. Leydennek²⁰ teljesen igaza van, midőn azt mondja, hogy ezen tétel, így általánosságban felállítva, helytelen; gyenge zörejek gyakran csak a szív erejének hanyatlását bizonyítják, így tehát belőlük ellenkezőleg az eset súlyosságára is következtethetünk.

Állatkísérleteinkre támaszkodva, azt hiszem tovább is mehetünk, azt mondván, hogy a zörejek gyengülése rossz prognostikus jelt akkor is képezhet, ha azt a szív erejének feltünőbb hanyatlása nem is kíséri. A szívzörejek gyengülése ugyanis az endocardialis folyamat terjedését is jelentheti.

Házinyulainknál, melyeket az aorta billentyűinek elroncsolásával egyidejűleg pyocyaneus culturákkal is fertőztünk, többszörösen volt alkalmam észlelni, hogy a műtét után hallható igen hangos és erős zörejt későbbben határozottan gyengült, még mielőtt

— és ezt hangsúlyozni kívánom — a szív ereje lényegesebben szenvedett volna. A bonczolás alkalmával az aortabillentyűknek megfelelőleg a leghatalmasabb endocardialis felrakódásokat éppen ezen állatoknál találtuk. A mesterségesen létrehozott endocarditisnél *Rosenbach* (l. c.) is tett hasonló észleleteket. A zörejek gyengülése ezen esetekben egyszerűen abban találja magyarázatát, hogy a mesterségesen létrehozott billentyűhiány az endocardialis felrakódások növekedése által kisebb lesz, a mi aztán természetesen a zörejek gyengüléséhez vezet.

Úgy gondolom, hogy helyesen cselekszünk, ha endocarditisben szenvedő betegeinknél is szem előtt tartjuk, hogy a zörejek gyengüléséből egyedül, még jó szív működés esetén sem lehet az endocardialis folyamat javulására biztosan következtetni; jó prognoszt csak akkor csinálunk, ha a folyamat visszaféjlődését egyéb tünetek (hőmenet stb.) is bizonyítják.

Kísérleti állatainknál — a mint már említve volt — a szív súlyviszonyait is figyelemmel kísértem. Nagyon érdekes és meglepő volt ama lelet, hogy eseteink egy jó részében a pyocyaneus culturával inficiált aorta-insufficienciát állatok szíve, dacára a fertőzés okozta nagymérvű táplálkozási zavaroknak, mégis *túltengett*.

Ezek leletek nézetem szerint különös figyelmet érdemelnek, mert véleményem szerint lehetővé teszik, hogy a különböző fertőző bántalmaknál oly gyakran észlelhető keringési zavarok egy némelyikét helyesebben értelmezzük.

Mit bizonyítanak ugyanis ezen, az említett körülmények között létrejött *szívtúltengések*?

Ezekből — úgy gondolom — annyit nagy bizonyossággal lehet következtetni, hogy bizonyos fertőző betegségeknél a vérkeringésben beálló zavarok oka, mint azt *Pässler* és *Romberg*²¹ vérnyomás kísérletei is bizonyítják, első sorban tényleg nem a szív erejének gyengülésében keresendő, hanem, hogy a keringési zavarok túlnyomó mértékben a vasomotorok elégtelen functioi által feltételezettek. A mondottak természetesen első sorban oly heveny fertőző betegségekre vonatkoznak, melyeknél a szívizomban, akár a megbetegedés rövid tartama, akár a kórnemző mikroorganizmus jellegénél fogva, súlyosabb bonczotani elváltozások nem jönnek létre. Billentyűbajos állatainknál a szív túltengése bizonyára nem jöhetett volna létre, ha a szívizom a pyocyaneussal való fertőzés következtében táplálkozásában lényegesebben szenvedett volna; midőn tehát a szív táplálkozása oly kielégítőnek bizonyult, hogy izomzata még túltengeni is képes volt, akkor a szív erejének nagyobbokú, a vérkeringést fenyegető hanyatlását nem lehet felvennünk. Ezen okoskodás alapján billentyűbajos állatainknál a pyocyaneus-szal való fertőzést követő vérkeringési zavarok okát én is nem a szív erejének hanyatlásában, hanem *Pässler* és *Romberg*-gel egyértelműleg első sorban szintén a vasomotorok hűdésében keresem.

Véleményem szerint *klinikai észleletek* is bizonyítják, hogy bizonyos fertőző megbetegedéseknél, pl. a *typhus súlyos eseteinél* oly korán fellépő és halálhoz vezető keringési zavarok jórészt és első sorban a vasomotorok elégtelen functioi, tehát érühűdés és nem a szív gyengesége által feltételezettek. Csak így érthetők azon, sajnos, éppen a typhusnál oly gyakori észleletek, hogy ily esetekben a *legerősebb szívreható szerek* (camphor, aether stb.) teljesen felmondják a szolgálatot, mert a keringési zavarok igazi okát, az érühűdést, természetesen nem képesek megszüntetni. Talán több siker fogja kísérni gyógybeavatkozásunkat, ha majd sikerülni fog gyógyszerkinesünket a *vérerek tonusát emelő szerekkel* gazdagítanunk.

További kísérletek fogják megmutatni, hogy a keringési zavarok az egyes fertőző bántalmak melyikénél okoztatnak a szív erejének hanyatlása és melyiknél a vasomotorok elégtelen functioja által.

Állatkísérleteink végül újabb bizonyítékot képeznek a mellett, hogy *Kétli*-nek²² mennyire igaza van, midőn azt mondja, hogy a kórmét a klinikai körképéből, illetve az eset lefolyásából *endocarditis „ulcerosára”* tenni nem eléggé jogosult, mert klinikai észleletek bizonyítják, hogy rosszindulatú lefolyást a szívbelhártyalob verrucás alakjai is mutathatnak.

Kísérleteink ugyanesak bizonyítják, hogy az endocarditisek osztályozása ezen alapon helytelen.

A mesterségesen létrehozott pyocyaneus endocarditis malignitása kétségtelen — hisz az állatok kivétel nélkül rövidesen el-

pusztultak — és a kórbonczotani kép — mint az adott leírásból kivehető volt — mégis teljesen a szemölcsös szívbelhártyagyulladás alakjának felelt meg.

Valószínű, hogy eleinte minden szívbelhártyagyulladás az endocarditis verrucosa képét nyújtja és csupán a kórnemző mikro-organismus minőségétől és a kifejlődésükre szolgáló idő tartamától függ, hogy a szemölcsökből későbbben fekélyek keletkeznek-e vagy nem.

Szívbelhártyagyulladásoknál a klinikai kórisme felállításánál azért helyesebben járunk el, ha lehetőleg az eset *aetiologiáját* vesszük tekintetbe és rheumás, vagy streptococcus, diplococcus stb. fertőzésen alapuló alakokat különböztetünk meg; ha pedig az eset aetiologiája nem volna felderíthető, akkor egyszerűen az endocarditis jó- vagy rosszindulatú alakjáról szóljunk.

Végül kedves kötelességemet teljesítem, midőn *Curschmann* prof. úrnak, a lipcsei klinika igazgatójának ama nagy szívességeért, melylyel ezen dolgozat létrejöttét lehetővé tette, őszinte köszönetemet kifejezem; nemkülönben nagy köszönettel adózom *Romberg* prof. úrnak is, azon sokoldalú támogatásáért, melyben ezen munkám körül részesíteni szíves volt.

Táblázat.

A kísérlet száma	A befestkezett pyocyaneus-cult. mennyisége	Testsúly		Szívsúly gm.	Relatív szívsúly	A szív belhártyája	Az aorta-billentyűi
		a fertőzés előtt	a halál előtt				
		gm.	gm.				
1	1/20	1580	—	3.46	0.00218	ép	épek
2	1/20	1250	910	—	—	"	"
3	1/66	1150	840	—	—	"	"
4	1/100	1510	1530	4.55	0.00301	"	"
5	1/100	1470	1500	3.90	0.00265	"	"
6	1/50	1655	1670	4.00	0.00241	"	"
7	1/50	1700	—	—	—	"	"
8	1/66	1390	1340	3.90	0.00278	"	"
9	1/66	1440	1200	3.40	0.00236	"	"
10	1/66	2040	1700	4.00	0.00186	"	"
I	1/50	2160	1640	6.37	0.00312	Endoc. verruc. szívtrombozotak	
II	1/50	1540	1840	4.15	0.00269	"	"
III	1/50	2450	2270	6.26	0.00255	"	"
IV	1/100	1540	1455	6.14	0.00398	"	"
V	1/50	1805	—	—	—	"	"
VI	1/50	1865	1600	5.05	0.00270	"	"
VII	1/66	1235	—	—	—	"	"
VIII	1/66	1195	1000	—	—	"	"
XI	1/66	1750	1450	6.39	0.00364	"	"
X	1/100	1360	1020	—	—	"	"
XI	1/200	1530	1105	4.76	0.00311	"	"

Irodalom.

¹ *Rosenbach*, Archiv f. exp. Pathol. u. Pharmak. Bd. IX. ² *Wysokowitsch*, Virchow's Archiv. Bd. CIII. ³ *Fränkel u. Sängner*, Virchow's Archiv. Bd. CVIII. ⁴ *Stern és Hirschler*, Orvosi Hetilap 1887 és Wiener med. Presse 1887. ⁵ *Netter*, Archiv de Physiologie 1886. ⁶ *Ribbert*, Deutsche med. Wochenschrift. 1885. ⁷ *Buome*, Archiv ital. de biol. 1887. ⁸ *Kossel*, Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten. Band XVI. ⁹ *Ehlers*, Compt. rend. de la société de biol. 1890. ¹⁰ *Kruse u. Pasquale*, Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskr. Bd. XVI. ¹¹ *Baumgarten's* Jahresberichte. Bd. V—VIII. ¹² *Schimmelbusch*, Volkmann's Samml. 1893 N. F. 62. ¹³ *Salus*, Prager med. Wochenschr. 1894 Nr. 23. ¹⁴ *Ja'ovksi*, Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskr. Bd. XV. ¹⁵ *Virchow*, Virchow's Arch. Bd. XX. ¹⁶ *Müller*, Die Massenverhältnisse des menschlichen Herzens. 1883. ¹⁷ *Orth*, Virchow's Arch. Bd. CIII. ¹⁸ *Hasenfeld u. Romberg*, Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd. XXXIX. ¹⁹ *Dürck*, Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. LIX. ²⁰ *Leyden*, Deutsche med. Wochenschr. 1889. ²¹ *Pässler u. Romberg*, Berl. kl. Wochenschr. 1895 Nr. 51., 52. — Verhandl. d. Congr. f. inn. Med. 1896. ²² *Kétli*, A belgyógyászat kézikönyve. IV. kötet 81. l.

A seborrhoea corporis (Duhring) és annak viszonya a psoriasis vulgarishoz és az eczemához.

Irta: *Török Lajos* dr. egyetemi m. tanár.

(Vége.)

Ha már most tekintetbe vesszük, hogy Unna 53 esete közül, melyeket ez irányban megvizsgált, csak 18-ban talált oly mérvű zsírinfiltrációt, „mint az a Török-féle praeparatumban látható”; hogy 19 esetben a bőrből teljesen hiányzott a zsír, míg

a többi esetben csak kevés és kicsiny cseppcskét mutathatott ki, hogy a tüskés rétegben sem mindig, hanem csak 35 esetben volt zsír és akkor is csak „gyakran (!) nagyobb kiterjedésben;“ ha mindezt meggondoljuk és hozzávesszük Ledermannak leleteit a normalis bőrben, akkor lehetetlen, hogy Unnának szövettani zsíroleleteiben a seborrhoikus eozemára nézve valami jellegzetes lássunk. *Ahhoz tehát, hogy egy külön eozema seborrhoicumot állítsunk fel, minden bonczani alap hiányzik.*

Ha már, mint a fentiekben láttuk, mindaz nincs meg, a mi az eozema seborrhoicumot mint ilyent szövettanilag jellemezhetné, mert hisz a szövettani zsírolelet jellege elesett: még kevésbé bírja Unna jellemezni a seborrhoikus eozema azon alakjait, melyek a seborrhoea corporis Dühringnek és bizonyos más, Unna által ide sorolt psoriasis alakoknak felelnek meg. Ezen alakok számára még azt is feleslegesnek vélte Unna, hogy számukra a charakteristikus zsíroleletet megessinálja. Unnának zsíroleletei (53 eset hullából) ugyanis csupán „pityriasis capitis, úgynevezett seborrhoea sicca“ és „papulosus seborrhoeas eozema“ esetekre vonatkoznak (Histopathologia). A typus circumcissus, typus petaloides, nummularis (és annularis)-nál a bőr zsírinfiltrációjáról nem tétetik említés. Tehát még az esetben is, ha Unna az eozema seborrhoicumra jellemző zsíroleletet meg is állapította volna, mi se bizonyítaná histológiailag az említett alakoknak az eozema seborrhoicumhoz való hozzátartozását.

Nézniük kell tehát, hogy vajon nem kapunk-e Unnatól más histologiai leleteket, melyek a seborrhoea corporis Dühringnek, ha nem is az eozema seborrhoicumhoz, de az eozemához általában való hozzátartozását bizonyítanák. De most már tartózkodunk ezen anatómiai vizsgálatok részletes kritikájától. Ilyenféle szavakkal való szellemes játék után, mint parakeratosis, acanthosis, spongoid átváltozása az epithelnek, valamint a megfelelő állapotok variatioja, combinatioja, enyhébb vagy erősebb voltának feltétele útján Unna még oda is eljut, hogy felveti a kérdést, vajon a psoriasisnak „általános ismert és kora által szentesített typusa“ vagy a mi még meglepőbb hangzik „az, a mit ma psoriasisnak nevezünk“ nem-e egy jól jellegzett extrem typusa ugyanazon bőrcatarrhusnak, mely más egyéneken és más régiokon mint seborrhoicus hurut jelentkezik (Histopathologie, pag. 265). A typus psoriasis csak egy véglete „az eozema status seborrhoicus-ának“ (Histopathologie, pag. 226). Csak azon esodálkozom, hogy Unna ezen az alapon nem jutott odáig, hogy minden bőrelváltozást, mely pikkelyképződéssel és epithelproliferációval jár, az eozemához soroljon. Mert „acanthosis“ Unnánál majdnem annyit jelent, mint általában epitheltúlszaporodás és épenséggel nem kell alatta az epithelproliferatio valamely olyan tipikus formáját értenünk, mely talán az eozemára volna jellegzetes. Hogy ez az epithelproliferatio nem jellegzetes, abból is kitűnik, hogy Unna kijelenti (pag. 265), hogy az epitheltúlszaporodások folytán létrejött képek, „melyek a normalis bőr hámlécszerkezetét megnagyobbodott és megváltozott alakban ismétlik, részben annak tüskés rétegét egy lappá összeolvastva mutatják, nemesak az eozemánál észlelhetők, hanem sok egyéb bőrbajnál is“. Tudjuk továbbá azt is, hogy Unna az acanthosist, parakeratosist és a spongoid átváltozást nem külön-külön, hanem együttesen tartja jellegzőnek az eozemára. És mégis Unna olyan állapotokat is ide sorol, melyeknél az epithel spongoid átváltozása „csak ritkán s körülírt helyeken van kifejlődve“ (pag. 234) vagy csak akkor lép fel „ha kiválóan alkalmas körülmények járnak hozzá“ (typus annularis, pag. 235, Histopath.). Az utóbbiak illusztrálására példaképp felemlít egy nedvező eozemát a scrotumon, mely nem, mint gondolnók, az ő morococcusának hatása folytán, hanem „a meleg, az izzadság vagy bizonyos izzadási organismusok befolyása folytán . . . meglágyul . . . és mint nedvező intertrigós eozema áll tovább fenn“. A nedvező állapot itt tehát nem tünete az eredeti folyamatnak, hanem complicatioja. Bátran következtetjük tehát, hogy Unna olyan folyamatokat is sorol az eozemához, melyeknél spongoid átváltozás nincs. Bizonyítja ezt még az ő „typus rosaceus“-a is (Histopath. pag. 236). Unna ezt is ide állítja, pedig itt „a seborrhoicus hurutnak legszembetűnőbb histologiai tünetei, t. i. az epithel túlszaporodás és a spongoid átváltozás hiányoznak“.¹

¹ Feltűnő, hogy Unna itt az epitheltúlszaporodásról és a spongoid elváltozásról úgy beszél, mint a seborrhoicus hurutnak legszembetűnőbb

Látni való, hogy maga Unna sem veszi komolyan az eozemának általa felállított histologiai kriteriumait. Reá nézve az eozema-csoport összeállításánál nem a bonczani lelet, hanem a klinikai és bakteriologiai magatartás a mérvadó. Azért is inkább átmeneti esetekre és a bakteriologiai magatartásra hivatkozik, a mikor a psoriasisnak az eozema seborrhoicumhoz való hozzátartozását bizonyítani akarja (Histopath. pag. 265). Nem is időznünk tehát tovább az Unna-féle eozema anatómiájánál és e helyen nem vitatjuk tovább, hogy az általa adott leletek megfelelnek-e a valóságnak vagy sem. Egyszerűen konstatáljuk azt a tényt, hogy az Unna által felállított eozema-csoport biztos anatómiai alappal nem bír, hogy az Unna által felállított kriteriumok alapján azt eldönteni, hogy valamely folyamat az Unna-féle eozema-csoportba tartozik-e vagy sem, egyszerűen lehetetlen, hogy maga Unna is ezt a csoportosítást nem az ő anatómiai kriteriumai, hanem klinikai vagy bakteriologiai leletek alapján eszközölte; s még hozzá egy oly műben (Histopathologie), mely a bőr kórbonczanatát tárgyalja. Én úgy vélem, hogy Unna különféle bőrelváltozások szövettani leleteit, olyanokéit is, melyeket nem anatómiai alapon, hanem egyéb okokból sorolt az eozemához, egyszerűen összeadta és azokat mint az eozemát jellegző „egységes complexust“ szerepelteti. Így magyarázható az, hogy miért hiányzik Unnának leírásaiban egy vagy más histologiai tünet, holott a megfelelő folyamat az Unna-féle eozema-csoportba van sorozva. Ezek után nem fogunk esodálkozni azon, hogy nem találunk egyetlen egy biztos szövettani leletet sem, melynek alapján a seborrhoea corporis Dühringet az eozema seborrhoicumhoz vagy az Unna-féle eozemához lehetne sorolni.

Azok a bonczani és bakteriologiai kriteriumok, melyeket Unna az ő eozemának és ezek közt az eozema seborrhoicumnak jellegzésére felállít, gondosabb vizsgálatnál értékteleneknek bizonyulnak. Nem bizonyíthaták tehát azt sem, hogy a seborrhoea corporis Dühring és bizonyos egyéb alakjai a psoriasisnak az eozemához, resp. az eozema seborrhoicumhoz tartoznak.

Az anatómiai leletek és az aetologia nem voltak azonban az egyedüli támaszai Unna azon tételeinek, hogy a seborrhoea corporis Dühring és bizonyos psoriasis-esetek az eozemák csoportjába tartoznak. Ugy, hogy ha azok mitsem bizonyítottak is, még mindig megtehetik ezt a klinikai észleletek. Azok a klinikai észleletek, melyekre az együtvértartozás bizonyítása alapított, leginkább olyan esetek, melyeknél a fentemlített folyamatok más, Unna által az eozema seborrhoicumhoz sorozott bőrelváltozásokkal együtt ugyanazon egyénen, ugyanazon időben vagy egymásután észleltek.

Arra természetesen nem szabad gondolnunk, hogy a seborrhoea corporis Dühringnek a seborrhoea pityrodes capitissal vagy seborrhoea oleosa faciei-vel való gyakori együtt fennállása az együtvértartozást a legtávolabbról is bizonyítaná. Mert ilyen módon a legkülönbözőbb bőrbajok együtvértartozása is bebizonyítható lenne, sőt nem túlozunk, ha azt állítjuk, hogy ezen az úton nemesak majdnem az összes bőrbajok egymásközi, hanem más szervek betegségeivel való rokonságát is kimutathatnók. Végre is a pityriasis capitis és a seborrhoea oleosa ugyancsak gyakori leletek. Ha ezen eseteket nem számítjuk ide, akkor a következő psoriasis vulgaris (illetve seborrhoea corporis Dühring) esetek maradnak fenn mint olyanok, a melyek az új betegséghez számítottak:

1. Psoriasis-esetek atypikus localisatioval, 2. psoriasis-esetek, hol a laesiok hajlamot mutatnak a nedvezésre, melyeknek pikkelyei tehát sárgásak, kevésbé rétegzetesek és kevésbé szárazaknak látszanak, mint a közönséges psoriasis-esetek, 3. psoriasis-esetek, melyek tipikus nedvező eozemába mennek át, 4. eozema-esetek, melyek psoriasis alakulnak és végül 5. az arcnak és hajzatok fejbőrnek ki nem fejtett psoriasis alakjai és pikkelyző eozemái. Mindezen psoriasis-esetek állítólag könnyebben gyógyíthatók, mint

symptomáiról, holott ezek szerinte ép úgy jellegzik az összes eozemákat is. Hogy ezt megérthessük, Philipponnak fent idézett munkája nyomán követnünk kell a seborrhoicus eozema fejlődését. Ez eleinte egyike volt az eozema különféle típusainak; majd felölelte a többi típusokat és még egynéhány más betegséget is; azután a Histopathologiában a látszat kedvéért az eozema egy „status“-ának declaráltott. De ennek dacára a szerzőnek egy-egy kijelentésében — mint a fentebbiekben is — mint „eozema“ kat exochen tűnik fel.

a tipikus psoriasis. Ebben is különbözne tehát az utóbbitól és ez is egy ok, hogy őket ettől különválasszuk.

A mi az atypikusan localizált psoriasis vulgarisról illeti, erre nézve ismétljük azt az ismert tényt, hogy a *typikus* localisatio akárhányszor különben *typikus* esetben hiányozhatik s ha bőrbajoknál, melyek *nem tünetiek*, a laesioik identikus szerkezetét constataituk, semmi okunk sincs azokat a localisatio különbözőségei miatt egymástól elválasztani. Ép úgy, mint a hogy a seborrhoea corporis Dühringet makro- és mikroszkopikus bonczati tulajdonságai alapján a psoriasis vulgarishoz soroztuk, ép úgy tesszük ezt az atypikusan localizált psoriasis vulgarissal is. De sőt benne a seborrhoea corporisról illető nézetünk még egy támaszt is nyert, mert mintegy az átmenetet képezi az utóbbi és az egészen tipikus psoriasis vulgaris közt. Ezen esetek tehát a psoriasis vulgarishoz tartoznak.

Arra sincs ok, hogy azokat a psoriasis-eseteket, melyek könnyen nedvesnek, e tulajdonságuk miatt a psoriasis vulgaris többi eseteitől, mint valami különlegest elkülönítsük. Bizonyos fokú secretio ezen kat'exochen száraz bőrbetegség mindegyik esetében meg van. Hisz egyik legjellegzetesebb tünete a psoriasis vulgarisnak, hogy a pikkelyfedél óvatos leválasztásakor a laesioik Bulkley-féle felületét ragadósnak találjuk. Ezen serum-kiválasztás — mert hiszen csak erről lehet szó — egészen tipikus psoriasis esetén is egy vagy több foltan erősebb lehet, s ilyenkor a serum hozzákeveredése folytán a pikkelyek sárgásan megfestődnek. Ha azután az exsudatio még fokozódik, akkor a sárga pikkelyek leválasztása után a felületet nedvesnek fogjuk találni. Ezek azután rendszerint olyan esetek, hol a reactiv izgalmi tünetek is inkább előtérbe lépnek; a laesioik hyperaemiája fokozottabb, azok melegebb tapintatúak, az oedema erősebb, úgyannyira, hogy még a pikkelyeitől megfosztott laesio is plateauszerűleg kiemelkedik a szomszédos bőr színe fölé. Rendszerint subjectiv panaszok — viszketés, égési érzés — is jelentkeznek. Ilyen esetekben a tulajdonképeni psoriasis-kezeléssel is várnunk kell; a psoriasis-foltok ezen izgalmi állapotát előbb lobosillapító szerekkel kell csillapítanunk és csak azután foghatunk a tulajdonképeni psoriasis-kezeléshez. Eme izgalmi tünetek mellett azonban mindezen esetekben a psoriasisnak úgy a makro- és mikroszkopiai, mint a klinikai jellegző tulajdonságai ki vannak fejlődve, úgy hogy semmi okunk ezen eseteket a psoriasis vulgaristól elkülöníteni. Az ezen eseteknél fellépő nyhe secretio magyarázata a kísérő reactiv izgalmi tüneteknek — melyek a psoriasis kórfolyamatának jellegzésénél csak másodsorban jönnek tekintetbe — különböző intenzitásában rejlik.¹

A psoriasisból ezezmába átmenő eseteknek és azon ezezmá-eseteknek magyarázatánál, melyek látszólag psoriasis vulgarissá változtak át, az esetek pontos és körültekintő vizsgálatára van szükségünk. Minden esetben leírása, a mely következtetéseknek szolgál alapul, a lehető legpontosabb kell hogy legyen, mert a hibáknak itt számtalan forrása támadhat. Megtörténhetik, hogy egy idősebb bajhoz egy új hozzátársul; kimutatható vagy ki nem puhatolható izgalmak folytán a psoriasis ezezmássá lehetett (vakarás, rossz kezelés stb.); az ezezma hosszabb fennállása alatt létre jöhetett egy psoriasis kitörés; az ezezma ép úgy, mint egy mechanikus laesio, okozhatta a psoriasisfolt képződését, stb. S ezen felül az sincs kizárva, hogy csak morphologiai hasonlatosság áll fenn és alapos vizsgálat talán kiderítené, hogy a psoriasis-foltoknak tipikus tulajdonságai hiányoznak.

Azon, hogy egy oly kiválóan száraz bőrlaesio, mint a psoriasis egyszer-máskor nedvesen ezezmatiszálódik, ma már nincs mit csodálkoznunk. Én igyekeztem kifejteni,² hogy a nedves ezezmatisatio és a lichenisatio több itt fel nem sorolt közönséges bőrelváltozással egyetemben nem egyéb, mint a bőrnek az őt ért ingerekre való reactioja és hogy a bőrnek ezen reactioja bizonyos kedvező körülmények között rendkívül könnyen és gyorsan létre jő. Ez áll a psoriasis vulgarissal ellátott bőrre is. Különösen kedvező körülmény a viszketegség és tényleg azt látjuk, hogy olyan psoriasis-

plaque-ok, melyek ezezmatiszálódnak vagy lichenizálódnak, rendszerint erősen viszketnek. Így magyarázandó a psoriasisfoltoknak ezezmává való úgynevezett átváltozása és semmikép sem lehet belőle azt következtetni, hogy e két bőrlaesio egy és ugyanazon kórfolyamatnak kétféle megjelenési formája. E laesioik nem egyebek, mint ezezmatiszált vagy lichenizált psoriasisplaque-ok.

Szemünkre lobbantathatnak, hogy mi, mikor a seborrhoea corporis Dühringnek a psoriasis vulgarissal való identitását megállapítottuk, szintén ilyen coincidáló esetekre hivatkoztunk. Csak hogy ott a viszonyok mások voltak mint itt. Mert eltekintve attól, hogy a coincidentia amaz esetei gyakrabban fordulnak elő, mint az ezezmáivaliak, mi ott nemcsak hogy kimutattuk azt, hogy a két folyamat laesioi anatomice identikusak, hanem utaltunk bizonyos morphologiai és klinikai hasonlatosságokra is. Itt viszont kimutatható, hogy úgy anatomice, mint klinice és a lefolyásban is abszolúte nincs hasonlatosság.

Legkevésbé alkalmasak a kérdés eldöntésére a nem tipikusan kifejtett bőrlaesioik, mert ezekből semmit se lehet következtetni. Ha az egyes bőrbetegségek jellegei csak épen hogy jelezve vannak, akkor annyi a hasonlatosság és az átmenet a különböző kórfolyamatok között, hogy azoknak olyan értelemben való felhasználása, hogy a psoriasis, illetve seborrhoea corporisnak az ezezmával való rokonságát bizonyítsák, csak felületes szemlével eshetik meg. Így pl. az arezon támadt psoriasis vulgarisnak tipikus jellege rendszerint kevésbé praegnans, mert ezen regioban a papillaris rétegnek kifejlődése tökéletlen. Olyan esetekben, a melyeknek intenzitása kiesiny, az arez ezen psoriasisfoltjai alig lesznek felismerhetők, és csakis azon körülmény, hogy a test egyéb részein psoriasis laesioikat találunk, fog megóvni attól, hogy ne nézzük őket squamosus ezezmá-foltoknak. Ugyanez áll a hajzatos fejbőrnek bizonyos, meglehetősen diffus, pityriasisszerű psoriasis elváltozásaira is; ily esetet sokszor még a *pityriasis simplex capitis* is bajos megkülönböztetni. Ha tehát azt látnók, hogy az areznak vagy a fejnek fent leírt bőrlaesioi az említett regiok egy nedvező ezezmájából fejlődtek és a mellett a könyökön és térden tipikus psoriasis-foltokat találunk, úgy a nedvező ezezmának egy száraz squamosus állapotba való ezen „átalakulása“ még akkor is, ha a test más részein tipikus psoriasis vulgaris van jelen, nem bizonyítja azt, hogy az ezezma psoriasis alakult át. Természetesen épen úgy lehet vice versa olyan esetekből, hol a hajzatos fejbőrön és az arezon csak gyengén kifejtett psoriasis, egyebütt azonban tipikus laesioik vannak, azt kimagyarázni, hogy a psoriasis vulgaris a seborrhoea pityrodes capitis és facieivel rokon. Végre is ilyen ki nem fejtett és biztos jelleggel nem bíró esetek sok mindenre engednek következtetni.

Alább közlünk egy psoriasis vulgaris-esetet, melyet a folyamat nyhe kifejlődése és a bizonytalan jellegek miatt eleinte és felületes vizsgálat mellett könnyen seborrhoea pityrodes capitis és facieinek nézhetünk volna. De ezért ilyen esetet még nem tekinthetünk „átmeneti esetnek“! Ilyen esetek csak arra oktatnak, hogy óvatossá legyünk és nézzük meg alaposan eseteinket, mielőtt belőlük következtetéseket vonnánk. Ennél az esetről is az első pillanatban seborrhoeát akartunk diagnostizálni és csak a szorgos vizsgálat döntötte el, hogy psoriasis vulgarissal van dolgunk.

Psoriasis vulgaris seborrhoiformis a hajzatos fejbőrön, homlokon és az arezon.

E. Béla, 20 éves, kereskedő. Mindeddig teljesen egészséges volt. A családban bőrbaj nem fordult elő. Jól fejlett. Jelenlegi betegségét négy hét előtt vette észre, a mikor is homloka felső határán és hajzatos fejbőrén erősebb pikkelyezettség lépett fel és észrevette azt is, hogy homloka némileg elszínesedett; azután a bal arezon és az állon egy-egy vörös folt lépett fel, subjectiv tünetei nem voltak.

Jelen állapot 1898. január 11-dikén. A hajzatos fejbőrön és főleg a homlok és halántékján finom pikkelyezettség. A pikkelyek 1–2 négyszögmilliméter nagyságúak, korpaszerűek, fényesek, színük fehér. A homlok és halánték hajzatos határán, a nem hajzatos bőrön szentes világosbarnás elszínesedés észlelhető, mely a fejbőr hajzatos részén el-tűnik, míg a hajhatáron innen a homlokon 1–2 cm. széles; az egészséges bőrtől egy szabálytalanul futó éles széllel határolódik el, mely szél egyenetlenül, néhol csak alig, másutt néhány tizedmilliméterre a normalis bőrniveau fölé emelkedik. Ezen bőrrészlet felületén és határán miliaris, látszólag follicularis kiemelkedések különböztethetők meg, melyek szentes-barna szarutömegekből állanak. Ezen pikkelyek leválasztása után előbb egy sima szaruréteget és azután egy vérző pontot látunk. Ha ezen kiemelkedéseket jobban megnézzük, meggyőződhetünk, hogy nem follicularisak. Apró csoportokban vagy sorjában állanak a meg-

¹ L. e tekintetben Philippson és Török „Allgemeine Diagnostik der Hautkrankheiten“: Entzündung fejezetét és Török: A bőrkórban kézikönyve, Budapest, 1898. I. A. 10b.

² Annales de Dermatologie, 3. Serie. T. VII. Quelques remarques sur la signification des lésions „eczémateuses“ et sur les réactions générales de la peau; és Gyógyászat 1898. Az ezezmás bőrelváltozás jelentőségéről és a bőr általános reactioiról.

betegedett homlokbőr-részlet szélén. A bal halántéktáj hajás részén egy ilyen csoport halványvörös hyperaemikus alapon képződött. A bal sulcus naso-labialis külső szélén egy hosszúság, 10 mm. hosszú, 5 mm. széles, finom, szürkésfehér pikkelyekkel borított, világosvörös hyperaemikus foltot találunk, mely nem emelkedik a szomszédos bőrniveau fölé. A pikkelyek könnyen leválaszthatók, a mikor is előbb egy sima, fényes szaruréteget kapunk, melynek lefejtése után vérző pontok támadnak. Az álltól jobbra is egy ehhez hasonló, körülbelül 4 négyszögmilliméter nagyságú foltot találunk. Subjectiv panaszok nincsenek. A homlok és orrtájékon enyhe seborrhoea oleosa. Therapia: Szappanos lemosások. Fehér praecipitat-kenőcs.

Január 15. Már constatálni lehet, hogy a bőrlaesiok feltűnően kezdenek visszafejlődni. A beteg homlokbőr barnás elszínezése eltűnt. Tetemes pikkelyképződés a hajzatos fejbőrön. Az arcon lévő foltok hyperaemiája tetemesen csökkent és a pikkelyképződés is csekélyebb.

Március 22. Beteg hosszabb ideig elmaradt volt. Állítja, hogy baja rövid ideig tartó további kezelés után látszólag teljesen elmúlt, de egy hét óta kiújult. A homlok és hajzat határán 4—5 mm.-re innen is, túl is, közel egymáshoz kerek, borsónagyságú, finom fehér pikkelyekkel fedett foltokat találunk, melyek halványvörös hyperaemiát tüntetnek fel. Ha a pikkelyeket körömmel eltávolítjuk, azonnal vérző pontokat kapunk. Helyenként találunk enyhe pikkelyezettséget hyperaemia nélkül is. Mindkét halántéktáj hajzatos részén néhány borsónál valamivel nagyobb, hyperaemikus, lemezes pikkelyekkel bíró, könnyen vérző folt. Egy ehhez hasonló a bal szemöldökívén. Minthogy a beteg most gyakori szappanos lemosásokat végez, a seborrhoea oleosa nem constatálható. Therapia: fehér praecipitat-kenőcs.

Összegezzük tehát vizsgálataink eredményeit:

Tisztába jöttünk azzal, hogy az összes tipikus és atypikus psoriasis vulgaris-esetek legfontosabb és legjellegzőbb makro- és mikroszkopiai tulajdonságai alapján elválaszthatatlanul egy csoportba tartoznak, mely csoportban a legkülönbözőbb átmeneti alakok fordulnak elő a legkifejezettebb és lefolyásukban valamint localisatiojukban legtypikusabb alakoktól a kevésbé kifejtett, izgatott és eczematizált alakokhoz, a makacsokhoz, a könnyen gyógyíthatókhöz és az atypikusan localizáltakhoz. A psoriasis bármelyik alakjának az eczemávali összefüggése sem klinikai, sem kórboneztani alapon nem volt felderíthető. Ezt különben nem is várhattuk, ha egyszer arra az álláspontra helyezkedünk, hogy az eczematizatio a bőrnek reactioja az őt ért izgalmakkal szemben. A seborrhoea corporis Duhring pedig nem egyéb, mint egy kevésbé intensív és atypikusan localizált psoriasis vulgaris.

TÁRCZA.

Néhány külföldi élettani intézetről.

(Vége.)

Haaga-ban, bár főváros és a holland aristokratia, a diplomata székhelye, egyetem nincsen. A fölé mintegy 1/4 órányira fekvő *Scheveningent* útba ejtve, a híres egyetemi városba, *Leidenbe* értünk.

Alig hogy az ember a vasúti állomást elhagyta, az egyetemi kórodákhoz jut el, melyek mind pavillonrendszerben építve, nagy kertben állanak. A klinikák előtt lévő téren áll *Boerhave* ércszobra; ez valóban méltó becsülése tudásainak e kis ország részéről! Maga *Leiden* kedves, csendes kis város, mely a Hollandiára jellegzetes kanálisokkal szintén keresztül kasul van szelve. Ezek közt haladva, eljutottunk a központi egyetemre. A központi egyetem kisebb templom, klostrom benyomását teszi, a mint tényleg egykor a Jakobinusok temploma is volt. Kis udvarról, a melyikben a hallgatóknak szóló fekete tábla is van, belép az ember egy középkori benyomást keltő kapualjba. Innen szűk falépcső vezet fel az emeletre, az itt lévő helyiségekhez, ezek közt a szigorlati termekhez is. A lépcső falán érdekes improvisatiók vannak, többnyire ügyes szénrajzok; itt egy-egy trémázó szigorló, a mint a pápaszemes professornak kinnal telt areczsal felel, amott egy bukott vitéz, a mint a távozó professornak utána néz. Ilyenek és hasonló szénrajzok tarkítják a lépcső meszes falát; egy-egy jó karikatura, egy-egy jó verseske néha egész legendáit mondja el a tanuló életnek e falon. Minő lehet a viszony tanuló és tanár közt ott, hol ily dolgokat megtűrik! Minő szép egyetértés, családi studensélet fejlődhetik ki az ily kedélyes, gondtalan tanuláság közt.

A központi egyetemi épület után az élettani intézetet felkeresve, azt egyemeletes, csinos villák közt, szép kis virágos park előtt találtuk. Prof. *Einthoven* éppen elfoglalva lévén, egyik assistensére bízta vezető-sünk. Az intézet maga kicsiny, kevés helyisége van. A tanterem maga nem sokkal nagyobb, mint nálunk egy két ablakos szoba. Benne padok helyett székek, íróasztal nélkül. Ezzel összefüggésben, mindjárt mögötte van a professor szobája, egyszerű berendezésű, kis könyvtárral; itt folynak az előadási kísérletekhez való előkészületek is. Az eszközök az emeleti, üvegfedelű helyiségben vannak elhelyezve szekrényekben. Hogy pedig a szekrények sok helyet ne foglaljanak el, a falba vannak bele mélyítve. Maguk az eszközök régiek, legnagyobb részt elhasználtak. Itt láttam egy *Einthoven* által szerkesztett shémát, mely az alkar pratioja

és supinatioja végzése alatt történő mozgást demonstrálja. A készülék tanítási célokra tényleg jól beválhat. Egyik alsó helyiségben van elhelyezve *Loebmann* párisi műszerész capillar electrometere. Ez eszközönél a külső behatások, pl. kocsiirás elkerülése végett, az eszköz izületei higanyfürdőkön mozognak. Ezenkívül, hogy az utcáról jövő rázkódások befolyása lehetőleg el legyen kerülve, az egész eszköz úgy van elhelyezve, hogy az épület fundamentumától külön izolálva 120,000 drb terméskő van a földre süllyesztve, a melyeken az eszköz nyugszik.

A kis leideni egyetem egyszerű élettani intézetétől nem sajnálják ezt az áldozatot az illetékes közegek, hogy ott a munka zavartalanul folyhasson. A lége-i élettani intézet előtt asphalt-burkolat van, és a teherkocsi forgalma az élettani intézet előtti út elkerülésére van szorítva. Így vannak tekintettel Belgiumban, Hollandiában a tudományos szükségletekre. Nálunk — minthogy itt Budapestben, az élettani intézetben galvanometrikus pontos felvételeket csinálni, szintén a kocsiirás miatt, nem lehet —, midőn az utca aszfaltozását vagy más tompító burkolattal való ellátását kérték, az intézet e kérelmét még feleletre sem méltatták. Persze, az élettani intézet nem nappiskola!

Leidenből tovább mentünk *Amsterdam*-ba. Mekkora kereskedelmi város, minő nagy itt a forgalom, milyen széppé, kedvessé teszik e várost a kanálisok nagy száma, azt e rövid sorok keretében leírni nem lehet feladatunk. Hogy pedig műkincsekben mit tartalmaz ez a hideg és mégis oly kellemes városa Németalföldnek, azt csak az tudja, ki a Rijks-museumot látta. Hogy mi volt *Rembrandt*, *Van der Helst*, *Franz Hals*, arról csak itt lehet meggyőződni igazán.

Egyeteme is van *Amsterdam*-nak és ez egyetemen physiologiai intézete is. De ezzel bizony nem igen dicsekedhetik *Amsterdam*. Az egyetemi könyvtárban kérdezősködtem az élettani laboratorium holléte után és ott azt sem tudták, hogy ilyen létezik, és csak hosszas keresés után akadtak rá az intézet címére.

Az egyemeletes, igen egyszerű épület piaczon áll. Az intézet maga kicsiny, kevés helyiségei vannak, felszerelése sem teljes, nagyrészt most folyik; láttunk azonban itt *Elster*-től Berlinből egy igen jó készüléket a gáz-analysisek számára. Most terveznek ott épen új, modern élettani intézetet építeni. Az egyetemet különben *Amsterdam* városa tartja fenn.

Utrecht-be érve felkerestük *Donders* volt physiologiai laboratoriumát. Az épület maga egyszerű, egyemeletes, szépen fekvő, melynek hátsó frontja egy fákkal szegélyezett kanálisra néz. Az intézet belseje, berendezése méltó *Engelmann* nevéhez, kit épen ottlétünkkor búcsúztattak, akkor következőben beghívása a berlini egyetemre Du Bois-Reymond tanszékére. Az intézetben *Kagenar* magyarázgatta az általa szerkesztett eszközöket. Ezek között különösen egy általa construált *pantokymographion* az, mely figyelmünket megragadta. Ezen eszköz úgy van szerkesztve, hogy általa mindama sokféle kymographikus apparatus, melyeket nálunk is használnak, teljesen nélkülözhetővé válik. Ugyancsak egy másik általa szerkesztett készüléket is mutatott, mely arra a célra szolgál, hogy a legerősebb áramot is lehessen az ideghez úgy bocsátani, hogy odavezetése alkalmával összehúzódást, szóval ingert ne producáljon. A készülék maga igen egyszerű; két csavar segítségével egymástól eltávolítható fémlap a készülék lényeges része. Ha e fémlapok egymással érintkeznek, úgy semmi, de ha a csavar segítségével eltávolítjuk őket, lassankint mind több és több áram jut az ideghez.

Másik érdekes és egyszerű kis eszköz, az astigmatismus meghatározására szolgáló astigmometer, mely szemészeti klinikánkon is meg van és melylyel bárki astigmatismusát pár pillanat alatt meghatározhatja.

Történelmi becsű eszközökkel bőven rendelkezik e kiváló érdekes intézet. Egész szoba szekrényei tele vannak amaz eszközökkel, melyekkel *Donders* nagyszabású és alapvető optikai tanulmányait tette.

Az utrechti élettani intézet egyike a legérdekesebb, legjobban felszerelt intézeteknek. Élvezet ama sok szép és praktikus eszköz használatosságát látni, azt a nagy munkát, mely ez intézet falai közt folyt; ennél nagyobb munkálkodást csak még a lipcei intézetben találtam.

Utunk *Utrecht*-ből vissza haza indult, *Lipsce*-n és *Borosló*-n keresztül. Az ittlévő intézetekről írni teljesen felesleges is, hiszen — különösen a lipcei intézet — a magyar orvosi közönségnek a legismertebb. *Lipsce*-ben *Hering* — a ki sok magyar tanítványt is nevelt, Ludwig utóda — magyarázva végigkalauzolt az egész intézetben. Megmutatta az általa szerkesztett készüléket, az egyidejű színellentétesség, színkeverés demonstrálására, a mely fekete ablakba erősített színes üvegek segítségével történik. Megmutatta az általa szerkesztett kymographiont is, mely az *Utrecht*-ban látottal nem igen állja ki a versenyt és melynek egy példánya a budapesti élettani intézetben is látható. Az intézetben most is, mint Ludwig idejében, lázas a munka.

Boroslóban *Haidenhaim*-mal már nem beszélgethettünk. *Hürthle* tanár volt az, ki a képzeltető legnagyobb előzékenységgel vezetgetett mindenüvé minket. Most épül *Boroslóban* az új élettani intézet is, az Odera tölcső partján, a hazai orvosaink előtt jól ismert klinikai telepen. *Hürthle* megmutatta az általa szerkesztett vérnyomásiró-eszközt, mely első tekintetre a Mosso-féle plethysmographhoz hasonló. A vegyi osztályon *Röhm*-mann prof. mutatott két általa készített és ma már általánosan ismert casein praeparatumot, a mely készítmények vízben könnyen oldhatók és így könnyebben is emészthetők, mint az addig ismert casein praeparatumok.

Boroslóból haza hozott utunk és talán nem végzek egészen felesleges dolgot akkor, midőn utólag az út tapasztalatait e rövid sorokban az esetleg érdeklődők rendelkezésére bocsátom.

Ifj. Klug Nándor dr.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Schröder und Mennes: Über die Mischinfection bei der chronischen Lungentuberculose. Bonn, Verlag von Cohen, 1898.

Ismeretes, hogy az eddigi, általánosan elterjedt nézet szerint tüdőgümőkórúknál a vegyes fertőzés, vagyis más baktériumok, főleg a genyesztő coccusok (strepto- és staphylococcusok) közreműködése fontos szerepet játszik. Szerzők, a hohenhonfői tüdőbeteg-sanatorium orvosai beható vizsgálataknak vetették alá e kérdést. Eredményeik alapján a következő főbb tételeket állítják fel: a tüdőgümőkór minden stadiumában, úgy lázas, mint lázzal nem járó esetekben, találhatók a köpetben a gümöbaciillus mellett genyesztő baktériumok, ezeknek a virulenciája azonban vagy semmi, vagy csak nagyon jelentéktelen; a tüdőgümőkór lefolyásában jelenlévő idült lázra ezen genyesztő baktériumok nem bírnak befolyással; toxinaemia nem vehető fel phthisikusoknál; a prognózisra és a betegség lefolyására nézve a genyesztő baktériumok jelenlétéből semmi következtetést nem vonhatunk.

Szerzők szerint tehát a genyesztő baktériumok tüdővészénél nem játszanak szerepet, ennek következtében tehát meg volna ingatva azon nézet, melyet mint általánosan elfogadottat ezen rövid ismertetés elején jeleztünk volt. Annál is inkább megengedhetünk tekinthetjük ezen nézetet, mert szerzők vizsgálataikat a legnagyobb körültekintéssel és nagy anyagon végezték, leírásaik pedig pontosak és szigorú kritikai gondolkozásmódra mutatnak.

A körülbelül 100 lapra terjedő füzet 4 főfejezetre oszlik. Az 1. fejezet a hasonló tárgyú eddigi közleményeket ismertető bírálat. A 2. fejezet a vegyes fertőzés lényegéről, a tüdőgümőkór-esetek klinikai felosztásáról és a használt vizsgáló módszerről szól. A 3. fejezet körtörteneteket és vizsgálati jegyzőkönyveket tartalmaz, a 4. fejezet pedig rövid foglalatját adja az egész könyvnek és pontokba foglalja a végeredményeket.

A könyv úgy az egyes adatok, mint a végeredmények tekintetében sok érdekeset tartalmaz és minden esetre felkelti azon kívánságot, hogy az úgynevezett vegyes fertőzés kérdése tüdőgümőkórúknál pontos, kifogástalan kísérletek alapján mielőbb megoldást nyerjen.

Végül még felemlítjük szerzőknek bakteriologiai szempontból nem érdektelen következő észleletét: különböző fajú baktériumokat húslevesben együtt tenyésztve, egyik fajta erősítőleg hat a másikra, és pedig többnyire a staphylococcus virulenciáját fokozza ilyenkor a streptococcus.

II. Lapszemle.

Orexintannat a gyermekpraxisban czimvel ír Kunkler dr. kiel. orvos. Steiner és Limpert előremet közlései után, melyek az *orexinum tannicumot*, mint *stomachicumot*, kivált gyermekeknél melegen ajánlották, Kunkler dr. referál a nevezett szer kedvező hatásáról, melylyel sikerült hosszas étvágyhiányon gyermekeknél rövid idő alatt segíteni. Kunkler az orexinintannatot *porban* adta (0.5 kétszer naponta) vagy *chocolatatablettekben* (0.25 orexinintannat) és pedig 1½–2 órával ebéd és vacsora előtt egy-egy port vagy két tablettát. Az étkezésig víznél egyebet nem engedett meg s az adagolást 5 napon át folytatta, azután szünetelt s ha siker nem mutatkozott, újra 5 napig ismételte az adagolást. A beteg gyermekek többnyire sebészti műtétek vagy súlyos belbetegségek után reconvalescensek voltak, kiknél étvágyhiány észleltetett. A leírt 10 esetből biztosan constatalható az orexinintannat biztos hatása, a mennyiben az egyes esetekben ugyan későbbben állott be, de mégis sohasem maradt el. A kisdetek a szert, miután ize alig van, szívesen vették és jól tűrték; hányás, hasmenés, bőfűgés sohasem mutatkoztak. Ennélfogva szerző kijelenti, hogy az orexinintannat egyike a legjobb tiszta stomachikumoknak és alkalmazását ajánlja.

Jodoformogen, szagtalan jodoformkészítmény. A Knoll és társa cégtől előállított jodoformogen a jodoformnak összeköttetése fehérnyével s 10 százalék jodoformot tartalmaz. A stuttgarti bábaiskolában Wagner A. dr. kísérleteket tett ezen új szerrel s azt egy éven át heveny és szemesesedő sebeknél alkalmazta jodoform helyett, s miután ez absolute nem izgat, fájdalmakat nem okoz és teljesen szagtalan, *soha mérgezési tünetektől nincs követve*: ajánlja azt mindazon esetekben, melyekben a jodoformot használni szokás, kivált bőrbajoknál, mint eczemánál stb., *mint hüvelygolyót* (1 gr. jodoformogen, 2 gr. ol. cacao); heveny gátszakadásoknál is alkalmazta e szert és pedig, mint írja, legfőbb sikerrel. Tapasztalatai alapján tehát melegen ajánlja szerző a jodoformogent mint kitűnő hintőport, a mely szagtalan, azonfelül a bőrt nem izgatja s a sebkezelésben tartós helyet vívott ki magának. (Münch. med. Wochenschr. 1898. Nr. 48.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. február 17.

— **A főváros egészsége.** A fővárosi statisztikai hivatalnak 1899. január 29-dikétől 1899. február 4-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 462 gyermek, elhalt 323 személy, a születések tehát 139 esettel múltak felül a halálozásokon. — A fővárosi közkórházakban ápolottak e hét elején 2604 beteg, szaporodás 893, esőkkenés 914 maradt e héten végén ápolás alatt 2583. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, ronesoló toroklob 5, hökhurut 1, kanyaró 4, vörheny 3, himlő —, typhus abdominalis 5, gyermekági láz 3, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 4, agykérlob 17, agyvérömleny 8, rán-

gások 6, szervi szívbj 15, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörhurut 58, tüdőgümő és sorvadás 63, bélhurut és béllob 17, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák 4, Bright-kór és veselő 4, angolkór 3, görvélőkór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 16, aszkór, aszály és sorvadás 5, aggkór 12, erőszakos haláletet 11. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1899. február 5-dikétől február 11-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 49 (meghalt 6), himlőben 3 (meghalt —), álhimlőben 5, bárányhimlőben 9 (meghalt —), vörhenyben 34 (meghalt 3), kanyaróban 196 (meghalt 1), ronesoló toroklobban és torokgyikban 27 (meghalt 2) trachomában 7, vérhasban 2 (meghalt 1), hökhurutban 5 (meghalt 1), orbáncban 7 (meghalt 2), gyermekági lázban 4 (meghalt 1).

— **Az orvosi honorariumok és a biztosító intézetek.** Kartársaink összetartásának sikerét jelenti a következő hír, a mit a „Biztosítási és közgazdasági lapok”-ból veszünk.

„Az orvosi honorarium felemelése ügyében az érdekeltektől biztositó intézetek vezetői tanácskozást tartottak. A társaságokat azon mozgalom készítette a közös elhatározásra, hogy némely vidéki orvos-egyesület túlságos orvosi honorariumokat követelt.

A társaságok közös beadványát, melyet az Első magyar általános biztositó-társaság szerkesztett és a melyet az országos orvos-szövetséghez intéznek, eddig a következő intézetek írtak alá: Foncière, Standard, Equitable Gresham, még aláírják: Mutual, Triesti, Adriai, Phönix, Anker, Első Katonai, Nemzeti baleset, Newyork, Globus, Bécsi és Duna-biztositó.

A közös beadványt a különböző biztositó intézetek igazgatói az Első magyar általános biztositó-társaság kezdeményezése folytán, ezen intézet helyiségében f. hó 4-dikén Jeney, kir. tanácsos, igazgató elnöke alatt tartott értekezleten tárgyalták. Az értekezleten, a melyen néhány külföldi társaság kivételével valamennyi, az életbiztositással foglalkozó társaság részt vett, Jeney elnök igazgató előadván az értekezlet egybehívásának indokait, bejelenti, hogy az intézeteknek tudomásulvétel céljából megküldött beadványt, az országos orvos-szövetség elnökségének az Első magyar általános biztositó-társaság betérjesztette. Ezen beadványban következő honorariumok ajánlatnak fel a bizalmi orvosok számára és pedig 1000 frtig terjedő biztosítás esetén 3 frt, 10,000—20,000 5 frt, 20,000—50,000 frtig 10 frt, 50—100,000 frtig 15 frt, ezen felül 20 frt.

Ezután a tárgyhöz többen behatólag hozzászólván, dr. Rajner, a „Foncière” életbiztositási osztály főnökének javaslatára az értekezlet elhatározta, hogy a mondott beadványhoz csatlakozik s ezt azzal documentálja, hogy egy azonos beadvány fog a „Foncière” részéről meg-szerkesztetni, az összes intézeteknél aláírás céljából köröztetni s az országos orvos-szövetség elnökségéhez benyújtani. Egyben elhatároz-tatott, hogy a mennyiben a tett lépéseknek eredménye nem lenne, úgy az „Első Magyar” az intézeteket újabb értekezletre fogja összehívni. Az egyesült társaságok hajlandók évről évre nagyobb összeggel támogatni az orvosok nyugdíjintézetét.”

— **A Semmelweis-emlék javára begyűlt adományok kimutatása** 1898. évről. Elischer Gyula adománya „Tarock-Regeln” czimén 200; Simon Miksa Elischer útján 5; Komlós Ignác a Pester Lloyd útján 5; az első egy. szülészeti és nőgyógyászati klinika 5; milleniumi orvosi congressus v. b. 50; Lindner dr. IX. gyűjtése 22; Nobel Mórné úrnő Orsováról 150; Elischer Gyula egy szakértői díjat 10; Lindner dr. X. gyűjtése 5 frt. Az emlékalap állása 1899. évi január 1-jén 14,706.00 frt o. é. Elischer Gyula dr., v. b. pénztáros.

— **Szegedy József** dr. debreczeni kórházi alorvost a pénzügy-minister a kudsiri m. kir. vasgyár orvosává nevezte ki.

— **A budapesti általános poliklinika** segélyét január hóban 3102 új beteg vette igénybe 12,233 rendeléssel. Urológikus vizsgálat volt 215 egyénnél 724 esetben.

— **Megjelent. Marczali Henrik** Nagy Képes Világtörténetének 12-dik füzeté. Tartalmazza az egyiptomi művészet emlékeit színes képekben és leírásban. Ára 30 kr. — Gyógypaedagogiai Szemle. Szerkesztik és kiadják Németh László és Váradi Zsigmond. Előfizetési ára egy évre 8 korona. — Aerztlich-pharmaceutischer Almanach Ungarns. Dr. Ödön Tuszkai. Budapest 1898.

Dr. Herczel egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII.** Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kiténő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.

Téli kúra

a Szt. Lukács-fürdőben

BUDAPEST.

A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

Dr. Sarbó Arthur egyetemi magántanár **ideggyógyintézete.** Compenzáló gyakorlati gyógymód (Dr. Frenkel-féle módszer, tabeszes ataxiák gyógyítása). Elektrotherapia. **VI., Podmaniczky-utca 10. sz**

Dr. Baumgarten Samu Stefánia-út 55. szám alatti **Sana-torium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kiténő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett napi négy forintért vétetnek fel. Bővebbet 1/22—1/24-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utca 23. szám.

Rheumatikus bajok, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. Nagy kénes iszap-fürdő, külön fürdők. Massage, gépgyógyászat. Lakás és teljes ellátás; (középes ár 25 frt hetenként). Lift. Meghülés kizárva. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1899. február 13-dikán.) 97 l. — Budapesti kir. orvosegyesület. (V. rendes ülés 1899. január 28-dikán.) 97 l. (VI. rendes ülés 1899. február 11-dikén.) 99 l. — Közkórházi orvostársulat. (I. bemutató szakülés 1899. január 11-dikén.) 100 l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1899. február 13-dikán.)

Elnök: Szily Kálmán; titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű előadások voltak:

1. Ónodi A. l. t. „Az emberi subcerebrális hangképző középpont” című előadásában az állatkísérleti eredményeket az emberre vonatkozó észleletekkel összehasonlítva, kimutatta, hogy az állatoknál létező kéreg-központot embernél még megelőzőleg sem lehetett eddig megjelölni, azon esetekben, hol agyi elváltozásokkal hangszalaghüdés fordultak elő. Az általa állatoknál kimutatott subcerebrális hangképző központ területét emberi újszülöttek agyvelején vizsgálta teljesen egybehangzó eredménnyel. A bemutatott fényképek egy agynélküli torzszülött és két perforált újszülöttre, valamint az egybehangzó állatkísérletekre vonatkoznak. A subcerebrális hangképző központ területe a vagus magvak és az ikertelepek között van elhelyezve. Az agyvelő átmettsége az ikertelepek magasságában a hangképzést nem zavarja, mert a subcerebrális központ működik; ezért a 3 napig élt anencephalus sírni tudott, a negyedik agygyomrocs feneké, a nyúltvelő és a híd ki voltak fejlődve; ezért tudott mind a két perforált újszülött élettartama alatt hangot adni, mert az agyvelő az agyköcsányok magasságában lett elroncsolva és így sértetlen maradt a subcerebrális hangképző központ területe. Az irodalomban egy hemicephalon esete lett Arnold-tól közölve, mely szintén három napig élt és kiáltani és nyöszörögni tudott, a durványos agyvelő tömlős üregekből állt, a híd- és nyúltvelő ki volt fejlődve. Állatoknál a nyúltvelőnek a vagusmagvak felett történő átmettszésénél a hangképzés megszűnik, a légzés tovább fenmarad. Ezen kísérleti eredményét, mely a subcerebrális hangképző központ területének kiküszöbölésével függ össze, megerősítik embernél *Darvas* és *Kehrer* esetei. Az előbbi egy anencephalonról írt, mely 3 napig élt, de hangot nem adott, a vizsgálatnál a nyúltvelő csak addig volt kifejlődve, hol a vagus idegtörzs elhagyja a nyúltvelőt, tehát a vagusmagterület felett hiányzott a subcerebrális központ. *Kehrer* esetében a perforált újszülöttnél nem volt hangképzés, a vagusmagvak felett vezetett metszésre a légzés fenmaradt. Ezen emberi viviseccio eredménye is teljesen egybevág állatkísérleti eredményével és így embernél is a subcerebrális hangképző központ területe a vagusmagvak területe és az ikertelepek között van elhelyezve. A hangot adó perforált újszülöttek agyvelőinek fényképe és leírása az első idevonatkozó közlemény az irodalomban.

2. Fabinyi Rezső l. t. „Néhány új festőanyag”-ról értekezett, a melyeket a kolozsvári egyetem kémiai intézetben állított elő. E festőanyagok hasonlítanak némely gyümölcs, mint az áfonya, meggy festékanyagához. Előállításuk synthetice a salicylaldehydből indul ki. Egy közülük physiologiai és orvosi érdekléssel is bír: ez a *natrium tygso-natum*, melynek physiologiai hatása úgy látszik a légző centrumokra való izgató hatásban áll. *Jakabffy* kolozsvári gyógyszer-tanársegéd vizsgálta, melynek eredményét más helyt fogjuk közölni. Ugyane szernek erős antiseptikus hatása is van. *Marschalkó Tamás*, a bőr- és bújakórtan tanárának vizsgálata szerint, ki a szert a múlt évi madridi internationalis közegészségügyi congressuson bemutatta, feltűnő jó hatása van a bőr és nyálkahártya fertőző fekélyes folyamatainak, különösen lágy fekélyeknek (2–5% esetleg 10%-os vízzel letapogatás), különösen pedig a nők gonorrhoeájánál és a cervix és endometrium gonorrhoeájánál (5%-os vízzel 5–6-szor befeeskenés vagy 0.5%-os vízzel való intravaginalis kiöblítés). A fájdalom, a mit a szer okoz csekély és könnyen tűrhető.

3. Plósz Pál dr. levelező tag, az 1899. január 16-dikán tett előterjesztésének folytatását adja elő „A cukorképződésről a májban”. Idézett előadásában azon kísérleti vizsgálatokról számolt be, melyeket *Doctor Károly* dr. és *Pozsonyi Jenő* dr. közreműködésével végzett és melyek azon tényt állapították meg, hogy a tápcsatornába bevitt keményítő- és cukorfélék, melyeket együttvéve szénhidratoknak neveztünk, a májban zsírképzésre szolgálnak. Jelen előterjesztésében azon összefüggéseket és következtetéseket mutatja ki, melyek ezen új adatból levonhatók és melyek többféle élettani és kórtani nézetek módosítására vezetnek.

E tényt mindenekelőtt kapcsolatba hozza a respiratorius gázcsere-vizsgálatok idevágó adataival és ezen összefüggésből azt következteti, hogy midőn a szénhidratokból glycogen mellett a májban zsír képződik, nem megy végbe oxydationalis folyamat, hanem hasadási folyamat, melynél a cukorból szén-sav hasad le. E folyamat analog a *Pasteur* által felfedezett anaërobiotikus erjedésekkel, így pl. különösen a cukornak szeszes erjedésével, mely hasonlóképpen anaërobiotikus folyamat és melynél a cukor szén-savra és alkoholra bomlik.

E vizsgálatokból a következők, hogy a szervezet, midőn cukorból zsírt készít, a folyamatból kétféle hasznosítást: először is meleget kap akkor, midőn a cukorból szén-sav lehasadása mellett zsír lesz, másodsor pedig előny származik a szervezetre abból, hogy a zsírban oly anyagot tesz le raktáraiba, melynek a cukorénál magasabb égési

melege lévén, a szervezetben nagyobb mennyiségű hő és munka forrásává válik, mint válnék hasonló mennyiségű cukor.

A zsírképződésről nyert ezen új felfogás nemcsak a rendes zsírképződést tünteti fel más világításban, hanem alaposan megváltoztatja többféle kórtani felfogásainkat, így különösen a diabetikus megbetegedés felől táplált eddigi nézeteinket. Ezen új adat alapján ugyanis a diabetikus megbetegedés a májjal szorosabb összefüggésbe hozatik, mint az eddig történt; mert a májbéli zsírképződésnek ezen új felfogása szerint ugyanis azt kell felvenni — és ez egyéb idevágó ismereteinkkel is megegyezik —, hogy a diabetesnél a májbéli zsírképzés válik hiányossá olyképen, hogy a cukrot (jöjjön is az bárhonnan) nem képes kellő mértékben zsírrá átalakítani, a minek következtében a cukor a szövethedvekben és a vérpályában felhalmozódik és ez által hyperglykaemiát, ez pedig mellituriát okoz.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(V. rendes ülés 1899. február hó 4-dikén.)

Elnök: Bókay János; jegyző: Dieballa Géza.

(Vége.)

II. A felkarcsont alsó felének csontthártyájából kiinduló sarcoma. S. F. 24 éves cipészsegédnél 1897. június havában írtatott ki első ízben a jobb felkar alsó felének feszítő oldalán egy sarcomatosus daganat, majd pedig ugyanazon év szeptember havában a külső biceps-árokából és a hónaljából egy-egy sarcomás gócz. Dollinger a beteget 1897 október havában látta először, a mikor a sarcoma eredeti helyén kiújult. A műtét alatt kiderült, hogy a sarcoma a csontthártyába be van ivódva, D. nála akkor a felkart távol az eredeti góczytól, a collum chirurgicum amputálta. 1898. márczius havában a csontvégen kiújulás mutatkozott, de a beteg a váll eltávolításába beleegyezni nem akart, hanem a daganat kimetszésére kért fel, a mi meg is történt. Csak a mikor márczius hó végén az egész felkarcsont duzzadni kezdett, adta a beteg beleegyezését a tervezett műtétbe, a melyet D. nála márczius 30-dikán végre is hajtott. A műtét úgy történt, a mint az előbbi esetben leírtatott és a lefolyás, egy csekély genyvedést a drain-cső mentén leszámítva, zavartalan volt. Ezen eset tehát ismét egy újabb adat a mellett, hogy a kisebb műtétekkel ilyen esetben célt érni nem lehet, mert még az eredeti góczytól távol végzett amputatio után is kiújul az álképlet, hanem az egyedüli és relative legbiztosabb eljárás az élet fentartására a felkar és a váll-lapoczkra teljes eltávolítása. A műtét óta 10 hónap telt el és a kiújulásnak semmi nyoma. A beteg nemsokára a műtét után szolgálatba lépett és azóta mint közbesítő tartja fenn magát.

A váll-lapoczk-kiirtások eseteit Hütl Hümér tagtárs úr a klinikai füzetekben megjelent értekezésében összeállította. E szerint az én két esetemet hozzáadva, a műtét eddig 65 esetben végzetett. Az eredmény az asepsist megelőző időben is elég kedvező volt, mert a régebbi esetek 4839/10-a halt csak meg a műtét következtében, az asepsis pedig gyakorlott műtő kezében a műtétet veszélytelenné tette, mert az utolsó 17 esztendő alatt végzett esetek közül egy sem halt meg. A műtét után a sarcoma az esetek felében újult meg ki és tette tönkre a beteget. Elmondhatjuk tehát itt is, hogy nem a műtét a veszélyes a betegre nézve, hanem a betegség.

Osteotomia subtrochanterica két esete csípőízületi csontos merevség és zsugorodás miatt.

Dollinger Gyula: Ismeretes tény, hogy a gümös csípőízületi gyulladás ritkán vezet csontos ankylosishoz, hanem többnyire csak szálalag összenövéseket okoz, úgy hogy az ilyen zsugorodásoknál véres művi beavatkozásra szükség nincsen, hanem azokat, különösen azon módszer szerint, a melyet D. a 80-as években közzétett, és a mely azóta — különösen Németországban — mindinkább elterjed; redressálni lehet. Másképen áll a dolog a sokizületi lób, a heveny fertőző csontgyulladás és a kankós eredetű csípőízületi gyulladások után visszamaradó merevségeknél, a melyeknél a csontos ankylosis nem tartozik a ritkaságok közé. Itt véres beavatkozás nélkül nem boldogulhatunk, mert a csombcsont egyszerű eltörését ma már nem tekinthetjük semmiképen tudományos módszernek.

A kórbonczatani substratum ezen eseteknél rendesen a következő: A csombcsont erősen fel van hajolva és nagymértékben addukálva, a csombfejec sokszor elpusztult, néha a csombnyak is egészen vagy részben. Egyes esetekben a fejec megmaradt ugyan, de a gyulladás által elpusztult tokszálagon hátra és fölfelé kicsúszott az izületi vápából, a mely többé-kevésbé szintén szenvedett a gyulladás alatt, és heges kötőszövetrel van kitöltve. A fejecet, nyakat és az izületi vápát heges kötőszövet veszi körül és újonnan képezett csontállomány, a mely a fejecet és a csombnyakat néha egészen le a kis trochanterig a medenczesonthoz forrasztja. Ezen fixált állás következtében a végtag erősen meg van rövidülve, a melyen a beteg erős ágyéki lordosisal és a beteg oldal felé tekintő skoliosissal igyekszik segíteni; azonban ennek dacára

sokszor csak bottal tud járni és e közben a fiatalabb egyén egy komplikáltabb járási mechanizmus folytán, a melynek részletezésébe nem bocsátkozhatik, genu valgumot, gacsos térdet gázol magának, a mely a gyógykezelésnél szintén nem hagyandó figyelmen kívül.

Utóbbi időben a klinikán két idevágó eset fordult elő, a melyeket a következőkben ismertet:

I. N. N. 24 éves napszámosnő. 1896-ban kapott kankós jobb oldali csípőízületi gyuladást, a melylyel három hónapig feküdt. A midőn 1898. október havában magát a klinikára felvettette, jobb csonkjába 1000-ig fel volt hajlítva és extrem adductioiban csontosan rögzítve. E miatt közöszlenni képtelen volt. A trochanter három centimeterrel állott a Roser-Nelaton-vonal felett, jobboldali genu valgum. Az alantabb leírandó műtét a betegnél 1898. november 4-dikén történt.

II. N. N., 22 éves mosónő. 1898. március hó elején kapott kankós csípőízületi gyuladást, a melylyel 4 hónapig feküdt. A mikor a klinikára felvettette, bal csonkjába 140°-ú szögletig volt felhajlítva és erősen addukálva. Az adductio miatt a közöszlész lehetetlen volt. A trochanter csúcsa 2 cm-rel állott az R. N. vonal felett. A betegnek baloldali gacsos térdje volt. A műtét e betegnél 1898. november 5-dikén történt. Az első, a ki a csontos csípőízületi merevség miatt osteotomiát végzett: Rehn Barton volt 1826-ban. A csontot a két trochanter között vészte át. 1871-ben Adams a csonbnyakon végzett osteotomiát. Elméletileg rationalisnak látszik az osteotomiát az ízülethez minél közelebb végezni, de a műtét számára csak azon esetek alkalmasak, a melyekben a csonbnyak épen megmaradt; míg az olyan esetben, a melyben a fenébbi mindkettő, a hol a feje az ízületi vápát elhagyta és a csonbnyakat erős callus veszi körül, e műtét nem alkalmas. A csonbnyakon végzett osteotomia után azonfelül a musculus ileopsoas a kinyújtás ellen erős akadályt fejt ki, úgy hogy külön inmetzés szükséges, a mi a műtétet komplikálja. Volkmann 1877-ben a trochanter alatt szakasztotta meg az összefüggést a csonb felső és középső része között, de a difformitás kiegyenlítésére éket vészt ki a csonbcsont külső felületéből, a mi feleslegesnek bizonyult. Olliernek volt az eszméje olyan esetekben, a melyekben célszerű lehet az osteotomia után a csontot meghosszabbítani, az osteotomiát ferdén végezni és azután a csontvégeket distrahálva összeferni engedni. Ezen eljárást Németországban König, Schede és csontos csípőízületi merevségnél Landerer, később Hoffa és mások követték. Ezen eljárásra még más alkalommal vissza fog térni. Jelenleg csak egy hátrányát emeli ki és ez az, hogy kemény és törékeny csontnak ferdé átvésése nem minden esetben sikerül, továbbá, hogy nagy nyílt bemetszést tétel fel, sokkal tovább tart és így minden esetre nagyobb művi beavatkozás, mint az általa követett. Ez a Gant-féle műtét, a melyet szerzője 1872-ben írt le. A Gant-féle osteotomia subtrochanterica körülbelül 3 harántujnyira a nagy tompor alapja alatt történik. Külön bemetszés a késsel, a mint szerzője leírja, nem is szükséges. A bőrt egyszerűen az osteotomia átszúrjuk és azonnal behatolunk vele a csontba. Két-három kalapácsütés elegendő, hogy a csontot e helyen átvágjuk. Ekkor az osteotomát visszahúzzuk, a sebet, hogy rajta vér ne szivárogon ki, két öltéssel bevarrjuk. Az egész műtét 2 perc alatt be van fejezve. A bemutatott betegknél még gacsos térd léven jelen, mindegyiknél bűtyökfeletti Macewen-féle osteotomia is történt, a melyek közül az egyiket Kopits dr. végezte. A redressálás most a rudakon bemutatott módszere szerint semmi nehézséggel sem járt egyik esetben sem. Lehet, hogy talán valamely régi esetben a zsugorodott izmok már igen nagy ellenállást fejtenek ki és a redressálást nagyon megnehezítik. Az ilyen esetben Lorenz eljárása szerint inmetzéseket lehetne végezni, de ha előre végeztetnek ezen inmetzések, akkor minden bizonyynyal sok esetben velük feleslegesen fogjuk komplikálni műteteinket. Ha csupán subtrochanterikus osteotomiát végzünk, akkor elég, ha a redressáló gypskötés a térdig ér, míg, ha — úgy, a mint a mi eseteinkben — egyúttal Macewen-féle osteotomiát is végzünk, a kötés a bokáig ér; a kötés 8 hétig marad a végtagon, ezen idő elteltével eltávolítatván, mindkét esetben létrejött a csontos egyesülés. Az I. alatti betegnél, a kinél a trochanter csúcsa 3—4 cm-rel állott a Roser-Nelaton-vonal felett, a végtag 4 cm-rel rövidebb az egészségesnél, míg a II. alattinál, a hol a trochantercsúcs 2 cm-rel emelkedett az R. N.-vonal fölé, a rövidülés 2½ cm-t tesz ki. Mindkét végtag ki van nyújtva, egyenes és a betegek vastagabb cipővel alig észrevehetőleg bicegve járnak.

Ritka álképlet a fülkagylón.

Sugár K. Márton: Az általa észlelt esetet a feledékenységtől megóvni akarja, mert az általa áttanulmányozott szakirodalomban analog eset nem található. Szó van egy melanotikus óriássejtű sarcomáról disseminált alakban és alveolaris jelleggel, mely valószínűleg egy naevus pigmentosusból származott. Előadó Chiari kórszövettani leletére utal, mely szerint naevusok nagyobb számban való szövettani vizsgálata alkalommal sajátos álképletre emlékeztető sejthalmazokra akadunk, mely sejtek a normalis cutis szövetébe bele nem illenek, hanem úgy néznek ki, mint egy nagysejtű sarcoma sejtjei. A festényt ily sarcomákban, a mennyiben nem naevus pigmentosusból származik, Gussenbauer vizsgálata alapján haematogen eredetűnek tartja, mely a véredényekben beálló thrombosisok és a piros vérszövetek kivándorlása által keletkezik.

Múlt évi szeptember havában privatrendelését felkereste a Vigszínház 40 éves nős sugója: Cz. és azt panaszkolta, hogy jobb fülkagylóján szemlátomást növekvő daganatot észlel, mely utóbbi időkben nagy fájdalmat okoz neki és cosmeticus szempontból a daganat eltávolítását kívánta. A keletkezésről a beteg a következőképen nyilatkozott: 3 év előtt kezdődött egy kis szemölcsöt észlel, a melyet a színház orvosa állítólag eczetsavval égetett, a mire azonban a szemölcs nőttön nőtt.

St. pr. A jobb fülkagyló helixének felső felületén egy nagy diónyi nagyságú barázda által ketté osztott, felületesen exulcerált tumor; a hátulsó felületén egy mogyorónagyságú, superficialis genynyel fűdött csomó; az előbbeni alsó szögletén egy 6 cm.-nyi széles intact rész által elválasztva egy jó málnanagyságú kis daganat, sekély bemélyedéssel a közepén; a fülkagyló hátulsó felületén több kisebb carfiolalakú kinövések. Az egész concha, különösen a felső harmadon, barna csoportos kis csomókkal fűdve; a helix alsó fele, a fossa xaphoidea és a lobulus normalis epidermisse borítva; a tragus fölött az arczbőrön egészen a szakállig gabonaszem nagyságú festenyfoltok; a meatusnak alsó fele ugyanazon köles nagyságú festenyfoltoktól van ellepve. Az angulus mandibulae alatt egy diónagyságú és 3 cm.-rel mélyebben egy kisebb keménytapintatú infiltrált mirigy. A test vegetatív működései normalisak. A has palpationjánál a köldökig erő májtompulat, a beteg azonban erős alcohol-élvezetet concedál. A sulcus glandisban leukodermatikus hegek.

Előadó a diagnosist már a makroszkopikus lelet alapján melanosarcomára multiplex disseminált alakban állította fel és sürögösen a fülkagyló teljes eltávolítását tanácsolta. Futólágosan a Truneeck által a német fülgyógyászati társaság mult évi március hó 28-dikán Würzburgban tartott összejövetelén bemutatott carcinoma conch. aur. esetére gondolt, melynél Truneeck feltűnő javulást egy következőképen felírt szertől látott: Rp. Acid. arsen. pulv. 1-0, Alcohol absolut., Aqu. destill. aa. 75-0

Ezen különben Truneeck által Czerny-vel együtt a „Semaine medicale“ 1897. évi 1. számában leírt kezelést esetében nem vélte alkalmazhatni, mert a szomszédságban fekvő mirigyek már keményen infiltrálva voltak.

A beteget sikerült az operatio szükségességéről meggyőznie, a mire Szemes kórházi rendelő orvos collegával a műtét céljából összeköttetésbe lépett. Vele együtt chloroform-narcosisban az ablatio conchae totalist végezte és egyúttal a porcos hangjárat és a mirigyek is eltávolítva lettek.

Cosmetikus szempontból a hiányt prothesis által palástolni óhajtott, úgy hogy a betegnek egyik füle elveszte miatt nem lett volna oka panaszra. A görösői vizsgálat a diagnosis helyességét teljesen bebizonyította.

Előadó ezt körülményesen leírja és Minich kórházi főorvos véleményét összefoglalja a szavakban: Melanosarcoma alveolara gigantocellulare verosimiliter e naevo ortum. A tumorban leírt óriás sejtek helyenkint a sejtmagvak peripherikus berendezése által ama óriás sejtekhez hasonlítottak, a melyek tuberculosiban találhatók.

A tumor eredetére nézve méltán sorakozhatik Haug tanár két esetéhez, a melyek egy kis anyajegyből keletkeztek. Az első, mint csak kis mogyorónagyságú plexiform angiosarcomát az incisura intertragicaiban írja le, a másodikat mint kis almanagyságú fibrosarcomát a fülkagyló hátulsó felületének alsó részén.

A beteg 4 hónappal a műtét után intercurrens betegségben halt meg és a megejtett autopsia alkalmával belső metastasisokat nem találtak; a rosszindulatú neoplasma következményeitől tehát látszólag sikeresen meg lett óva.

Ostitis mastoidea ritkább alakjának két operált esete.

Schwartz Ede: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Tomka Samu: Az első esetet szóló is kezelte; a beteget megvizsgálva tipikus otitis media acutát talált: a dobhártya veres, duzzadt, kitüremkedett, kalapács alig volt látható, nagy fájdalom és láz volt jelen; azonnal paracenthesist végzett és a beteget odarendelte másnapra, de az nem jelentkezett, csak 3 hét múlva jött újból, a fenti tünetek még fennállottak, továbbá a csecsnyújtvány duzzadt, nyomásra fájdalmas, hőemelkedés; ismét paracenthesist végzett: mindkét alkalommal azonban csak csekély véres-savós váladék ürült a dobüreghől. Ekkor néhány hétre elutazott szülő, s így került a beteg bemutatóhoz.

Miután a folyamat először a dobhártyán jelentkezett s csak később ment át a csecsnyújtványra, nehéz megérteni, hogy miért hozta bemutató kapcsolatba a primaer csecsnyújtványlombokkal, miután ott a dobüri folyamat volt a primaer. Megjegyzni még szölv, hogy mikor beteg először jelentkezett nála, nem rendelt jeges borogatást; másodszor pedig csak három hét múlva jött el, akkor rendelt jeges borogatást.

Schwartz Ede reflectálva Tomka megjegyzéseire, előadása folyamán reámutatott arra, hogy az ilyen, dobhártyai átfűródásra nem vezető otitis media serosa után jelentkezett csecsnyújtványi csontlobokat az irodalomban általában mint „primaer“ eseteket említik, kevés tekintettel levén az anamnestikus adatokra, a mit bemutató épen azért részletesebben tárgyalt. Tekintettel erre, valamint a fertőzés módjainak lehetőségeire, a dobüreg és csecsnyújtvány egymáshoz való anatómiai viszonyára, bemutató általában sem tart felvehetőnek egy elsődleges mastoidalis csontlobot. A körelőzményre vonatkozó adatokat a beteg pontos kikérdezése után adta elő, s úgy látszik, Tomka figyelmét kikerülte, hogy pl. a jeges borogatás alkalmaztatását bemutató évi a műtét megelőző legutóbbi napokra vonatkoztatja, a mikor a beteg másodízben jelentkezett a már kifejezetten jelenlevő mastoidalis elváltozásokkal.

Myopia operált esete.

Csapodi István: A Fukala-műtét eredményei nemcsak az újdonság révén érdeklik az orvosi világot, hanem mint a tapasztalatszerzés épületének egyes kövei is figyelmet érdemelnek. Majd ez, majd az a tapasztalat érdemel méltatást, a míg majd végre kimondhatjuk, hogy a myopiás fénytörésnek műtéttel való megváltoztatása teljesen beilleszkedett a szemészeti operálások közé.

R. G. 20 éves kereskedősegéden 20 dioptria myopiát állapított volt meg; az elérhető legjobb látás a jobb szemén $\frac{5}{30}$, a balon $\frac{5}{50}$ volt. Ilyfokú közellátóság üveg nélkül igazán csak annyi látást enged, hogy az ember az orra hegyéig lásson, 20 dioptriás üveg rendelésére még csak nem is gondolhat az ember, a praxisban megengedett legerősebb üveg, a 8–10 dioptriás pedig a 20 D.-val szemben alig javíthat valamit. Szólvó tehát a balszem megoperálását határozta el; 1898. január 20-dikán a Ferencz József-kereskedelmi kórházban hasogatta meg a lencse tokját, a duzzadó lencsét január 26-dikán és február 2-dikán eresztette ki, üvegtestvesztés nélkül. Mivel az operálás a betegnek semmi kellemetlenséget nem okozott, ő beszélt bemutatón rá, hogy a jobb szemét is megoperálja. Március 2-dikán történt a discissio, 8-dikán és 26-dikán a két punctio.

Az eredményről, a hogy most megállapítható, a következőket jelenti: A fiatal ember arca egészen megváltozott, a két szeme rendes állásban néz a távolba, holott azelőtt állandó pseudostrabismus convergens torzította el. Látása pusztá szemmel annyi, mint operálás előtt a legerősebb, nem is rendelhető concav-üveggel volt csak elérhető (jobb szem $\frac{5}{50}$, bal szem $\frac{5}{50}$); fénytörése emmetropiás, a mint a Hirschberg-féle formula szerint ($R_2 = 10 - \frac{20}{2} = 0$) várható is volt. Convex 4 dioptriás üveggel jól olvas, petit-nyomást is. Utóhályog csak a bal szemén van egy kevés, de az is csak tűkörrrel látható.

Szükségesnek tartja azonban megjegyezni, a mit az eddigi közlők nem hangsúlyoztak, hogy a nagyfokban közellátó egyén, a kinek lencsét jét kivesszik, hamarabb megszokja az új állapotban a messzirenézést, mint szemének közelre való használatát. Tudjuk, hogy igen rossz látás-élességű myopiások is igen finom látással rendelkeznek a közellevő tárgyakkal való foglalkozásban. A bemutatott betegnek hamar megjött a messzirelátása, de kétségbeesetten késett az olvasni tudása; hónapok teltek el, míg azt mondhatta, hogy üvegével jól lát, sőt még most — szinte egy év múltán — is panaszkodik, hogy este nem bír jól olvasni. A myopia megszüntével s alkalmazkodás hián, nem pótolhatja a kellő közelítéssel a nem-teljes visszal járó hiányos felismerést. A mikor tehát nagyon rossz látásélességű myopiás szem megoperálása forog szóban, ezt a tapasztalatot is méltatni kell.

Ugyanezt a tapasztalatot egy másik egyénnel is igazolhatja, a kit — mint a kerületi betegsegélyző-pénztár betegét — egyik szemén bemutatón operálta, a másikon ifj. *Siklóssy Gyula*. Sajnálja, hogy be nem mutathatja; nem bírta megtalálni.

Mindkettőről még azt kell megjegyeznie, hogy így közpénztár költségére gyógyított betegnek azért nem vállalkozna többé mind a két szeme megoperálására, mert olyan sokáig eltart a teljes munkabírási beállta, hogy az illetőnek elvesz a tagsági jogosultsága, a munkába nem állható egyén pedig el van utve a keresetétől. A bemutatott betegre nézve azonban díszet érdemel a Ferencz József-kereskedelmi kórház, hogy volt tagjának a tagsági joga elveszte után sem vonta meg ápolását, kórházban tartását.

Másrészt azonban, mivel a nagyfokú közellátóság megszüntetésével munkabíróbbá tesszük a beteget, a pénztárak sem zárkoznak el az elől, hogy az egyik szemnek operálását megengedjék, a mennyiben az egyik szem operálása nem meríti ki az alapszabályokban engedett 20 hetet.

Grósz Emil. Másfél év előtt, a midőn a myopia operálásáról e helyen előadást tartott, a műtét veszélyeit és annak előnyeit egymással szembeállítva, azon eredményre jutott, hogy annak végrehajtása jogosult, de bizonyos korlátozások szükségesek. Ez alapon felállított indicatioit még ma is fentartja. A mi a *Csapodi* első megjegyzését illeti, elismeri, hogy a myopiás az operálás által elveszti azon nagyítóját, melyet szeme képviselt s ez a rossz látás-élességűeknek tényleg veszteség. Ezért említette annak idején is, hogy olyanoknak, kiknek látás-élességük üveggel is csak $\frac{5}{70}$, vagy kisebb, az operálást nem tanácsos ajánlani, de semmi esetre sem szabad azt mind a két szemén végrehajtani. A mi a műtét hosszadalmasságát illeti, ezt a technikának *Hess* és *Sattler* által történt módosítása jelentékenyen megrövidíti. Ezen eljárás, melyet *Schulek* tanár is elfogadott s mely szerint az egyetemi szemklinika ez idő szerint operálnak, abban áll, hogy az előzetes discissiót mellőzve, lándzsával ejtett lineáris seben át *Schulek* tanár csipőjével történő tokrepszés után az átlátszó lencse legnagyobb részét már az első operáláskor kieresztik. Az esetek legnagyobb részében ez egy beavatkozás elégséges, vagy legfeljebb még egyetlen késői utóhályog-műtét szükséges. Ezen methodusnak azon kívül, hogy gyorsabb, még sokkal nagyobb előnyei is vannak. Annak idején említette volt, hogy a műtét két legsúlyosabb veszélye: az infectio és glaucoma. Előbbi azért áll előtérben — az a sepsis idejében is —, mivel az ismételt beavatkozások az akkor kifejtett okoknál fogva annak veszélyét *hatványozzák*. A glaucoma, bár punctio által elkerülhető, már zajos tünetei miatt is számba jön. *Sattler* és *Hess* eljárása mindkét veszélyt lényegesen csökkent, mivel a beavatkozás ismétlését elkerüli s mivel a lencse nagy részének első alkalommal történő eltávolítása által rohamos duzzadásra sem nyílik alkalom. Ez okok alapján a methodust melegen ajánlhatja.

Szili Adolf: Mindazt aláírja, a mit *Csapodi* mondott s csak tartozik magának annak kijelentésével, hogy első érvei között volt a két szem operálása ellen, hogy a rövidlátó szem közellátását illetőleg a két szem operálása nem felel meg a várakozásnak; ezt hangsúlyozta kórházi jelentésében, ehhez csatlakozott a bécsi iskola is.

Sachs-féle idiotia amaurotica familiaris.

Mohr Mihály: (Lapunk „Szemészet“ mellékletében egész terjedelemben közöljük.)

Grósz Gyula: Az idő előrehaladottsága nem engedi meg, hogy az előadáshoz, a mely kimerítően foglalkozik ezen ritka bántalommal, most hozzászóljon. Különbö is jelenleg észlelése alatt áll egy újabb esete a Sachs-féle idiotiának, a melyet jövő héten fog bemutatni, s akkor majd az eset bemutatása kapcsán észrevételeit meg fogja tenni. Ezúttal csak annyit kíván megjegyezni, hogy a múlt évben, a mikor a szóban forgó esetet mint cerebrales diplegiát bemutatták és az előadó a ritka szemfenéki leletre fektette a fősúlyt, itt az egyesületben *Goldzieher* figyelmeztetett azon összefüggésre, a mely a szemfenéki elváltozás és az agybeli folyamat között fennáll. Ezt az igazságnak megfelelőleg szükségesnek tartja a felemlítésre.

Donáth Gyula: Az alapos előadáshoz csak formális megjegyzése van és pedig a felfedezőtől származó „familiaris“ elnevezés ellen. Ezen elnevezés mindinkább terjedni kezd, a mióta idegbajosoknál a családi antecedenstákra vagyunk különös tekintettel. Alkalmazták ezt a Little-féle betegségre, a diplegia cerebralesra, a Friedreich-féle betegségre, a Marie-féle ataxie cerebréleusre; szólvó ezen csoporthoz, mint egy dolgozatában kifejtette, az izom-dystrophiákon kívül a Duchenne-Aran-féle progressiv izomatropiát, a lateralsclerosist is számítja. Ezeknek lényegét fejlődési perversitásban vagy hiányosságban látja, mely azt hozza magával, hogy a csirában magában már megvan az anomáliára való dispositio, vagy intrauterin fejlődik, vagy extrauterin manifestálódik; gyakran csak az ifjúkorban vagy férfikor elején, a midőn úgyszólván a szervezet elejétől fogva gyenge fejlődési ereje kimerült. Familiarisról nem lehet akkor szó, midőn — mint igen gyakran, sőt ezen betegségek túlnyomó részében történik — az gyakran nagyszámú családnak csak egyetlenegy tagjánál fordul elő. Helyesebbnek tartja, mint azt proponálta, az *endogen* elnevezést, mely a belső okból származó fejlődési rendellenességet fejezi ki és azért, mert endogen, azért is könnyen átöröklődik és könnyen familiarissá válik, de nem kell szükségképpen familiarisnak lenni.

Schaffer Károly: A taglalt tárgyhöz három szempontból kíván szólni:

1. *Klinikai szempontból* a foveának oedemáját fontos differenciálól, de nem elsődleges tünetnek tartja; csupán részjelensége a Sachs-féle idiotiának, mely kiváló diagnostikai jelentőséggel a Sachs-féle kórkép spastikus alakjainál bír, a melyeknél tisztán a szentükri lelet zárja ki a közönséges cerebrales diplegiát.

2. *Anatomiai szempontból* fontosnak tartja, hogy a szóban forgó esetnek agyvelejét beható morfológiai elemzésnek vetvén alá, azon alaki eltérés nem volt található (normalis lebenyek, tekervények és barázdák). Tehát nem gondolhatunk egy veleszületett agyi rendellenességre, agenesisre.

3. *Pathogenesis szempontjából*: ha áll a 2. alatt mondott, úgy a Sachs-féle kórkép nem veleszületett, hanem az extrauterinális életben szerzett defectus, psychosis, tehát nem idiotismus, hanem dementia.

Mohr Mihály zárószavában kifejti, hogy *Sachs* foglalván össze az azelőtt szétszórtva ismertetett és meg nem értett eseteket, méltónak tartja, hogy az általa ajánlott elnevezés használtassék és pedig az ő nevével, addig legalább, míg a tüzetes bonczatani és klinikai vizsgálatok a baj lényegét ki nem derítik, és a bántalom olyan névvel lesz nevezhető, mely a lényegét is kifejezi. Hogy agenesia-e ez, vagy pedig normalisan indult agynak fejlődésben való megakadása: ezt eldönteni egyelőre bajos, szólvó valószínűbbnek tartja az utóbbi felvételt. Előadásának főcélja különben az volt, hogy kimutassa, miszerint az eddig nem ismert macula luteabeli elváltozás lényege *oedema*, mert az eddig vizsgált szemekben ez pontosan kimutatható nem volt.

(VI. rendes ülés 1899. február 11-dikén.)

Elnök: *Moravcsik E. Emil*; jegyző: *Lévai József*.

A Sachs-féle idiotia amaurotica familiaris újabb esete.

Grosz Gyula: A Sachs-féle idiotia amaurotica familiaris egy újabb characteristikus esetét mutatja be. Alig egy éve annak, hogy az eset duplicitásával találkozunk, a mi már most annál inkább nyújt szólvó alkalmat arra, hogy ezen — legalább eddig — ritkán előforduló betegségre hozzászóljon.

Jelen eset a következő: A beteg 16 hónapos leánya, izr. vallású. *Kórelőzményi* adatként felemlítjük, hogy a gyermek anyja a vele vadházasságban élő férjénél 22 évvel fiatalabb. Első gyermeke állítólag három hónapos korában gyomorbelihurutban halt meg; második gyermeke jelenleg 4 éves, teljesen egészséges, a miről szólvó meggyőződött. A szóban forgó gyermek a harmadik. A gyermek anyja nem abortált; luesre semmi anamnesis nincsen; családjában semmi idegbaj nincsen, sem az anyai, sem az apai ágbán. A gyermek születése gyorsan ment végbe. A gyermek emlőn tápláltatott egészen mostanáig.

A gyermek körülbelül $\frac{1}{2}$ év előttig mindig egészséges volt, elég jól fejlődött; azonban azóta azt veszik észre, hogy a gyermek a környezetéről nem vesz tudomást, részvéttelenül tekint ide-oda, a nélkül, hogy a tárgyak felé nyúlva, itt-ott összerezzen, időnkint álmából feljedd. Különösen az a körülmény keltette fel az anya figyelmét, hogy a gyermek 8–10 hónapos korában, a mikor már más gyermek gagyogni, egész szavakat ejteni tud, teljesen nyugodtan feküdt. Ezen idő óta a gyermek nem fejlődik, fogai nincsenek; a gyermek sem ülni, sem állni nem képes.

Jelen állapot: A korához képest gyengén fejlett és táplált leány-gyermek testsúlyja 6900 gr., csontrendszere mérsékelt rachitis jeleit mutatja, a mennyiben a homlok- és a nyakszirtudorok erősebben ki-fejlettek, a bordaporcok és a csöves csontok epiphysis végei kissé meg-

vastagodottak, nagy kutaes körülbelül tallérnyi. A homlokudorok a rendesnél közelebb vannak egymáshoz; homlok keskenyebb. A fej körfogata $44\frac{1}{2}$ cm.; a fronto-occipital átmérete 14 cm.; fronto-suboccipital 13 cm., biparietal $11\frac{1}{2}$ cm., bitemporal 11 cm. Homlokmagasság: 4 cm., arczifejezés idiotikus. Orrgyök lapos; felső ajk kissé duzzadt; száját leggyakrabban nyitva tartja és a nyitott szájrésben az előretolt, kissé megnagyobbodott nyelv látható. Fogai nincsenek.

Szemvizsgálat: Mindkét pupilla középtág, fényre reagál, fénytörő közegek tiszták, jobb pupilla fehéredő, bal ép. Mindkét macula lutea tájékán körülbelül két papillányi nagyságban kékeszürkés kerek folt, melynek határai kissé elmosódottan mennek át a környező ép retinába. A fehér folt széli részein finom edények láthatók. A fehér folt közepét körülbelül $\frac{1}{3}$ papillányi kerek meggyipiros petty foglalja el. Gyermek a fényt, eleje tartott tárgyakat követi, de utánuk nem nyúl.

Ha a gyermeket nyugodt fekvése közben megtekintjük, azt látjuk, hogy felső végtagjait elég szabadon mozgatja; többnyire azonban a könyökben behajlítva tartja és pedig a jobb kezét a szájához közelítve, ujjait szopogatja; bal felső végtagjait a könyökben behajlított és kissé a törzshöz adducált helyzetben tartja. A felső végtagokat ezen helyzetből kiegyenesítve, mérsékelt fokú ellenállásra akadunk, az izmok hypertoniás állapotba jutnak, a mely annyira fokozódik, hogy a gyermek sirás közben a felső végtagjait felemeli és a törzstől távolítva, egyenesen, feszies, kinyújtott helyzetben tartja. Alsó végtagjait állandóan teljesen kinyújtva, adducált helyzetben tartja, a lábak equinus állásban vannak. Az alsó végtagokat felemelve és eleresztve, saját súlyuknál fogva az előbbi helyzetbe visszakerülnek. Az alsó végtagokon tehát határozott spastikus hűdés van jelen. Ezen spastikus állapot azonban nem oly fokú, hogy a térdben vagy csípőizületben a végtagokat be nem hajlíthatnók, természetesen, csak bizonyos erő kifejtése mellett, a mely alatt a spasmus fokozódását észleljük.

Gyermek ülni nem képes, felültetésnél fejét a mellére hajtva és törzsét előrehajlítva meggömbül. Felállításnál alsó végtagjait kifeszíti és a spasmus fokozódik.

Úgy a felületes, de különösen a mély reflexek fokozódtak. Nyelés szabad. Hallását illetőleg feltűnő változást, így különösen hyperacusitát nem mutathatunk ki.

Mellkasi és hasi szervek épek. Székét és vizeletét maga alá bocsátja.

Villamos vizsgálat kiderítette, hogy a faradikus ingerlékenység esökkentnek mondható. Ezen vizsgálat eredménye megegyezik azzal, a mit Koplik esetében talált.

A leirt tünetekből tehát látjuk, hogy esetünk a Sachs-féle idiotia amaurotia familiaris körképét mutatja.

A Sachs-féle idiotiának a következő főbb tünetei vannak jelen: 1. Psychikus defectus, a mely teljes idiotismussá vált az első életév végén; 2. az összes végtagok, de különösen az alsó végtagok spastikus állapota; 3. a reflexek fokozódása; 4. a látás csökkenése, a jellemző macula luteabeli elváltozással; 5. a gyermek marastikus állapotának lassú kifejlődése.

Csak még az utolsó feltétele a betegségnek, t. i. a familiaris-jelleg kiderítése hiányzik ebben az esetben úgy, mint az első esetünkben. Csakhogy úgy ebben az esetben, mint első esetünkben, törvénytelen gyermekekkel van dolgunk; az anya úgy ebben az esetben, mint az előbbiben is, csekély intelligenciával rendelkezik és így kimondásaiiban keveset bízhatunk. Hozzájárul ebben az esetben még azon körülmény is, hogy a gyermek anyja 22 évvel fiatalabb a vele való házasságban élő férjénél.

A felsoroltak után tehát mondhatjuk, hogy a Sachs-féle idiotia amaurotia familiaris kétségtelen esetével van dolgunk. A diagnosist kétségtelenné teszi a bántalom fejlődése, a tünetek megjelenése, kétségtelenné teszi a macula-luteabeli elváltozás.

A mi a betegség előfordulását illeti, arra nézve a következőket mondhatjuk. Sachs 1896-ban a New-York Med. Journalban 19 esetről tesz említést, nemrég pedig az Encyclopädische Jahrbücher imént megjelent VIII. kötetében már 29 eset kapcsán szól a bántalomról. Mohr pedig, a mint azt mult heti előadásában kifejtette, összesen már 34 esetet talált az irodalomban; első esetünk tehát a 35-dik és a most bemutatott eset a 36-dik volna. Sachs az utóbb említett helyen azt mondja, hogy New-Yorkban magában legalább 6 eset észleltetett, úgy hogy az ember már joggal a felett kételkedhetik, vajjon ezen bántalom tényleg olyan felette ritkán fordul-e elő. Ezt a kérdést szóló is felveti, miután most alig egy év óta a 2-dik eset akad észlelésünk alá. Valószínűleg több ilyen eset fordul elő, csak elkerülte figyelmünket.

Kórházunkban minden idegbántalomnál végeztetik a szemtükri vizsgálatot, s így történt az ez esetben is, a melyben a diagnosist a klinikailag észlelhető tünetek alapján cerebialis diplegiára tette szülő és csak szemtükri vizsgálat döntötte el azt, hogy ez esetben is a Sachs-féle idiotiával van dolgunk.

Hogy a Sachs-féle idiotia amaurotia familiaris magában véve egy teljesen önálló betegségként fogandó fel, azt nemcsak a praegnans klinikai tünetek és a hasonló lefolyás bizonyítja, hanem a központi idegrendszernek eddig talált egybehangzó elváltozásai is. Úgy az agy, mint a gerinczagy histológikus vizsgálata, a melyeket Sachs és Kingdon végeztek, teljesen megegyeznek azokkal, a melyeket a mi első esetünkben Schaffer végezett. Ezen vizsgálatok eredményeként tekintendő az, hogy az agyban és gerinczagyban nagyfokú rostkiecsések találtak és hogy kétségtelenné vált az, hogy ezen rostkiecsések csak később következett be, a mikor a gyermek fejlődése hirtelen megakadt. A histológikus

vizsgálat a mellett szól, hogy nem egy primaer degeneratioval van dolgunk, hanem inkább valószínű az, hogy valamely kóros folyamat akasztotta meg a normalisan képződött agyat a további fejlődésében. Nem szándékom azonban ezúttal ennek fejtegetésébe mélyebben belebocsátkozni, a mennyiben az ez irányú histológikus vizsgálatok még távolról sincsenek befejezve.

Az aetiologikus momentumok közül csak egyre figyelmeztet még szóló és ez az, hogy a bemutatott gyermek zsidó vallású, épen úgy, mint az első gyermek is. Carter volt az első, a ki arra a körülményre figyelmeztetett, hogy ezen betegség főleg a zsidó gyermekeknél fordul elő; ugyanazt találta Sachs is. Koplik azt állítja, hogy Toy esetei nem voltak zsidók és a véletlennek tudandó be, hogy zsidóknál észlelték.

(Folytatása következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(I. bemutató szakülés 1899. január hó 11-dikén.)

Elnök: Rákosi Béla; jegyző: Terray Pál.

Patella-varrat gyógyult esete.

Boros József: W. Róza, 21 éves cselédleány, öngyilkossági szándék-ból az első emeletről leugorván, jobb térdkalácsát és bal alszárat az alsó harmadban eltörte. Mindkét törést fedett volt. Pár napra az alszárra keménykötést alkalmazva, a vérömlenyétől rendkívül duzzadt térdet rendszeresen masszálták és compressiv kötésbe helyezték. Midőn a duzzanat megszűnt, constatálhatták, hogy a patella harántul van egy felső nagyobb és egy alsó kisebb darabra törve. Spirális alakban alkalmazott sparadrap-csikkokkal a két törvéget a lehetőségig közelítve, a végtagra feszített helyzetben fix-kötést tettek. Azonban — 4 hét múlva — a kötés levétele után az egyesülés mégsem történt meg, sőt a két törvég körülbelül 2 cm. distantiában volt egymástól. A beteg a lábát feszíteni egyáltalán képtelen volt s ennél fogva járása megnehezített és akadályozott lett. Munkaképessége lévén veszélyeztetve, a beteg beleegyezett, hogy a törvégeket véres úton egyesítsék.

Műtét 1898. szeptember 23-dikán chloroform-narcosisban.

A térdizület harántmetszéssel megnyitván, a törvégeket felszabadították és a törési felületeket felfrissítették. Ezután a felső törvég felső széle felett a feszítő izmok inán keresztül egy erős ezüstsodrony-kacsot vezettek a patella alsó felszíné alá az alsó törvég alsó széleig, hol azt a ligam. patellae propriumon keresztül húzva, így a patella két részét egy sodronyhurokba foglalták, melyet addig csavartak össze, míg a két törési felület szorosan egymáshoz illeszkedett.

Lefolyás teljesen láztalan. Nyolcz nap múlva a bőrvarratok kivétele.

Az ezüstsodronyt 4 hét múlva távolították el, midőn constatálták, hogy a csontos egyesülés tökéletes. Ezután az alsó végtag izmait rendszeres massagenak és villanyozásnak vezették alá s így elérték azt, hogy jelenleg a beteg alszárat tökéletesen tudja feszíteni s ennek megfelelően járása kifogástalan.

Magasan ülő végbélrák sacralis úton műtett esete.

Boros József: W. J., 55 éves házmaster jelen bajáig teljesen egészséges volt. 1896 év vége óta szenved székzavarokban. Széke több napig kimaradt, csak hashajtókra jelentkezett, a székelés csak nehezen, erőltetések kíséretében sikerült. A scybalák irónvastagságúak voltak. Egy idő óta pedig makacs hasmenésben szenved, naponta 20—25-ször van igen híg széke, mindannyiszor kínzó tenesmusokkal, székét tartani nem tudja s igen gyakran a székletete véres. Belső kezelésre egyáltalán nem javulván, mivel testsúlyából és erejéből az utóbbi időben rohamosan vesztett, orvosi tanácsra Navratil osztályát kereste fel.

Felvételekor az igen lesoványodott férfibeteg mellkasi és hasi szervei épek. A végbél nyílás normalis, a sphincter jól működik, azonban az anus felett körülbelül 7 cm.-nyire egy dudoros felületű, helyenként kisebesedett, könnyen vérző daganatot tapinthatni, mely a végbélet gyűrű módjára körülveszi, és a lumenét annyira szűkíti, hogy az a mutatóujj hegyét ép hogy befogadja, rajta azonban keresztül nem hatol s így a daganat felső határa nem is érezhető. A daganat a szomszédsággal nincs összekapaszkodva, elég jól mozgatható. Vizeleti panaszok nincsenek.

Diagnosis: Carcinoma recti.

Tekintve a daganat magas fekvését, a műtétet 1898. október 21-dikén Kraske módszere szerint a keresztcsont resectiojával végezték. A hátsó felső csípőtőizeknél kezdődő, a keresztcsont közepén egész az anusig vezetett metszés. Miután a keresztcsont az oldalsó szalagos összeköttetéseiből felszabadították, a III. keresztlik szintjén harántul át lett vésve és eltávolítva. A levator ani és a fascia pelvis felhasítása után a végbélet egész hosszúságában tompán kifeszítették, midőn kiderült, hogy tényleg a végbélnyílás felett 6 cm.-nyire egy kisalmekkoraságú tumor foglal helyet, mely a szomszédsággal nincsen összekapaszkodva. A resectio céljából a végbél felső részét felszabadítva, jól lehúzták, mely alkalommal annak elülső faláról a Douglas-üreget hátulról határoló hashártyát tompán, hasüreg megnyitása nélkül sikerült letolni. Ezután az egész hosszában felszabadított végbélet jól előhúzva, belőle a tumor-nak megfelelőleg körülbelül 12 cm. hosszú részletet resecáltak. Mivel akkor az alsó csont igen rövidnek bizonyult, a bélcsontoknak hosszabb időt igénylő körkörös egyesítésétől elállva, az alsó csontot Hochenegg

módosítása szerint a sphincter megkímélésével kiirtották, s a jól mobilizált felső csontot annak helyébe az anus nyílásáig lehúzták, s ott a bőrhöz silkworm-varrattal kiszegték (invaginatio). A nagy sebüreget steril gazzal kitamponálva, a műtétet befejezték.

Lefolyás igen kedvező volt. Legnagyobb esti hőemelkedés 38,2. Opium-kezeléssel sikerült a székletet 6 napig visszatartani, a mi a bélsárhélgmőne — a műtét legveszélyesebb complicatioja — keletkezésének megakadályozására okvetlen szükséges.

Hatodnap első kötésváltás, a granulatiok mindenütt szépen megindultak. Ugyanakkor ricinusra bő székletet. Ezután a seb naponta lett kötve és irrigálva. A beteg már második héten felkelt az ágyból s a seb gyógyulása és telődése oly gyorsan haladt, hogy a harmadik hét végével a kórház — granuláló sebfelületektől eltekintve — gyógyultan hagyta el. Jelenleg a beteg kitűnő egészséggel örvend, étvágya rendkívüli, súlyban, erőben jelentékenyen gyarapodott s foglalkozását akadálytalanul végezheti. Székletét, mivel a sphincter meg lett kímélve, jól tudja tartani.

A syphilis első nyilvánulása a kézujjon.

Bruckmayer Ferenc: K. K., 26 éves, nős kőműves, felvétetett 1899. január 6-dikán a szt. István-kórház bőrbeteg osztályára; jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy ezelőtt 3 hónappal középső ujjának körme mellett egy kölesnyi pattanás képződött, mely magától kisebbbenedt, eleinte ő maga diachylontapaszzsal gyógyította, de be nem gyógyult. Három hónapra rá ezen fekély koronáivá vált, ekkor azt egy kórházban két hónapon át ambulanter gyógyították sebészileg, de a fekély be nem gyógyult. Két hét előtt herezacskójának bőre kisebesedni kezdett, ugyanakkor vette észre, hogy testén mindenütt kiütés van.

A balkez közepső ujjá kétszer oly vastag, mint a jobb, a bőre livid, beszűrődött. A III-dik percz háti felületén a körömlécz körül félhordalakban, kemény, kiemelkedő szélű, tányerszerűen mély fekély látható, mely helyenkint piszkos lepedékekkel fedett, nagyjából élénkpiros sarjakat mutat. A bal alkar erősen duzzadt, oedematosus. Roseolák és papulák a nyakon, törzsön, felső és alsó végtagokon. Kifoszlott papulák a praeputium belső lemezén, a mony hasi oldalán, a scrotumon, a végbél körül, mindkét hónaljában, tonsillák. A mirigyek tetemesen megnagyobbodottak, de különösen a bal cubitalis és axillaris mirigyek, melyek legnagyobbak az összesek között: nagy mogorónyiak, kisdiónyiak, fájdalmatlanok. A betegség keletkezésére vonatkozólag semmiféle felvilágosítást adni nem tud. A mióta nős, állítólag más nővel nem közösült. Genitálián csak az utolsó hetekben a többi kiütéssel együtt léptek fel laesio és ezek tényleg nem bírtak a primaer laesio jelentőségével.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

Az alulírt előjáróság a pesti ízr. hitközség „Bródy Adél gyermek-kórházában” f. évi április hó 1-én betöltendő egy alorvosi és egy segédorvosi tisztségre, ezennel pályázatot nyit.

Ez állásokra pályázó női orvosok, születési bizonyítvánnyal, orvos-tudori oklevéllel és eddigi működésükről szóló bizonyítványokkal felszerelt folyamodványukat a pesti ízr. hitközség titkári hivatalában (VII., Sip-utca 12, I. em.) f. évi február hó 28-dikáig nyújtsák be.

A választás két évre szól, a megválasztottak a kórházban tartoznak lakni, a hol élelmezést is nyernek.

B u d a p e s t, 1899. évi február hóban.

1—1

A pesti ízr. hitközség előjárósága.

1398/899. kig. szám.

A mohácsi járásba kebeleztetett Baár és Dunaszekcső községek szövetkeztéből álló Dunaszekcső székhelyi rendszerezett körorvosi állásra, a mely lemondás folytán üresedett meg, az 1886. évi XXII. t.-cz. 82. §-a értelmében pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása:

1. Készpénzfizetés Dunaszekcső községtől évi 575 ft.
2. Baár községtől évi 25 ft.
3. A dunaszekcsői uradalomtól évi 200 ft., miert az uradalmi cselédséget kell gyógyítani.

Látogatási díja:

1. Dunaszekcső községben nappal 30 kr., éjjel 60 kr.
2. Baár községben nappal 1 ft., éjjel 2 ft. és a megfelelő fuvar, vagy természetbeli fuvar.

Dunaszekcső községben teljesíti a halottkémlést és minden halott után 20 krt kap.

Megjegyzem, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 20. §-a értelmében 7 évnél fiatalabb gyermekek után, ha ők, vagy a fizető kötelesek vagyonosak, a fenti látogatási díjnak csak fele jár.

Szegénybetegek ingyen gyógyítandók.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy törvényes minősítésüket igazoló kellően felszerelt kérvényüket és pedig, ha szolgálatban vannak, fölttes hatóságuk útján nálam f. évi márczius hó 15-dikéig nyújtsák be.

A választást f. évi márczius hó 18-dikán d. e. 10 órakor fogom Dunaszekcső községben megjeíteni.

M o h á c s, 1899. évi február hó 14-dikén.

Szinkovits, főszolgabíró.

330/899. kig. szám.

Gömör és Kishont t. e. vármegyék tornallyai járásába kebeleztetett és lemondás folytán megüresedett Harkács székhelyi bíró körorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok.

A megválasztandó körorvos évi törzsűzetése 400 ft készpénz, 150 ft úti átalány, 100 ft lakbér és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A körhöz tartozik 19 kis község 6545 lélekszámmal, melyben a megválasztandó körorvos tartozik minden hóban egyszer külön előfogatú díj felszámítás nélkül megjelenni.

A választás határidejét Harkács községébe a községházához mint a kör székhelyére a folyó évi márczius hó 21-dik napjának délelőtti 10 órájára ezennel kitűzöm.

Az ezen állásra pályázni szándékozók felhívhatnak, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában s illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában körülírt képességeket igazoló és kellően felszerelt pályázati kérvényüket alólírotthoz az 1899. évi márczius hó 19-dik napjáig bezárólag annyiával is inkább adják be, mivel ezen határidőn túl beérkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

Tornallya, 1899. évi február hó 8-dikán.

1—1

Szontagh, főszolgabíró.

1576/899. közg. szám.

Torontál vármegye zsombolyai járásában lévő szt.-huberti körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. évi márczius hó 10-dikéig adják be, mert a később érkezők figyelembe vételét nem fognak.

Ezen körorvosi körhöz Szt.-Hubert község székhelyen kívül még Károlyliget és Soultour községek tartoznak.

Ezen állással egybekötött javadalmazás a következő:

1. Évi fizetés 800 ft.
2. Látogatási díj nappal 30 kr.
3. Látogatási díj éjjel 60 kr.
4. Kisebb műtétért 1 ft.
5. Nagyobb műtétért 2 ft.
6. Halottkémlésért esetenként 30 kr.
7. Hússzelemlért, ha esetleg ezzel a körorvos megbíznák, a megyei szabályrendeletben megállapított díjak szedhetők.

A körorvos köteles a vagyontalanokat díjtalanul kezelni, továbbá a Torontál vármegyei orvosok nyugdíjgyűjtésébe belépni.

Megjegyzetlik, hogy a körorvosi székhelyen rendes gyógyszerár van.

Z s o m b o l y a, 1899. évi február hó 11-dikén.

2—1

Fóris József, főszolgabíró.

2—1

1900/899. sv. b. szám.

Udvarhely vármegye székelykeresztúri járásba bekebeleztetett etédi körorvosi állás lemondás folytán megüresedvén, annak választás útján leendő betöltésére pályázatot hirdetek.

Ezen állással a községek pénztárából évnegyedenkénti részletekben 500 ft fizetés és 150 ft úti átalány javadalmazása van egybekötve, azonkívül magánfelek gyógykezelése alkalmával minden vényírásért a körorvos házában 30 kr., házon kívül 40 kr., látogatási díj a lakhelyen kívüli községekben pedig 1 ft 50 kr. illeti meg, éjjel annak kétszeresét szedheti és e mellett természetbeni fuvar vagy kilométerenként 13 krt követelhet.

Ezért tartozik az 1876. évi XIV. t.-cz. szabályrendeletében előirt teendőket végezni.

Pályázni kívánók felhívhatnak, hogy folyamodványaikat az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelve 1899. évi február hó végéig annál inkább alólírott főszolgabírói hivatalhoz adják be, mert később érkezett kérések figyelembe vételét nem fognak.

A választás Etéd községházánál 1899. évi márczius hó 3-dikán délelőtti 9 órakor fog megtartatni.

S z é k e l y - K e r e s z t ú r, 1899. évi január hó 28-dikán.

2—2

A főszolgabírói hivatal.

HIRDETÉSEK.

Vese, húgyhólyag, húgydara és kösvénybántalmak ellen, továbbá a **légző és emésztési szervek hurutos** bántalmainál, orvosi tekintélyek által a

Lithion-forrás

Salvator

sikerrel rendelve lesz.

Húgyhajtó hatású!

Kellemes ízű!

Könnyen emészthető!

Kapható ásványviz-kereskedésekben és gyógyszerárakban.

A Salvator-forrás igazgatósága Eperjesen.



Farbentfabriken
vorm.
Friedr. Bayer & Co.
Elberfeld.
Pharm. készítmények.

Somatose

kiválóan

erősítő szer

lázas betegek,
elgyengültek és üdülők számára;
nagy mérvben étvágyat gerjeszt.

Adag: gyermekeknek $\frac{1}{2}$ –3–6 gr. naponta,
felnőtteknek 6–12 gr. naponta.

Tannigen

biztos hatású
idült és heveny enteritis ellen
főképp gyermekeknek.

Adag: 0,25–0,50 gr., naponta 4–6-szor.

Europhen

külön javulatok:
Ulcus molle, Papul. mad.
Pótszere a jodoformnak a kis sebészeten.
Alkalm.: tisztán vagy Acid. borie. pulv.
a. p. vegyítve; mint kenőcs 5%–10%.

Lycetol

Specificum
köszvény, idült izületi
csúsz ellen.

Adag: 1,0–1,5 gr., naponta 2-szer.

Jodothyryn

az ürü-palzsiriggy hatékony anyaga.
Javulat: **Struma,**
Obesitas, Myxödem stb.

Shok. adag: felnőtteknek 0,50–2 gr.,
gyermekeknek 0,50–1 gr. naponk.

Oophorin Freund

igen hasznosnak bebizonyult szer Choros'snál amenorrhoeus és klimakterikus nehézségeknél. Irodalom és kísérletezési anyag orvosok és kórházak számára ingyen küldetik.

Zisarsky Em., okl. gyógyszerész, Bécs, I., Kurrentgasse 12. Budapesten:
Dr. Egger L. (Váci-körút 17) és **Török József** (Király utca 12)
gyógyszerészeknél.

Vegy, górosövészeti és bacteriologiai ORVOSI LABORATORIUM

Budapest, V. ker., Váci-körút 60. sz.

Foglalkozik vizelet-, köpet-, vérs-, hányadék-, gyomornedv-, dajka-
tej-, ex- és transsudátum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAJ GÁBOR, v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

Airol „Roche“

A jodoformnak elismert legjobb pótszere.

Az **Airolpasta** megfelel minden követelménynek a
pörk alatti gyógyulás tekintetében. A seb elzárása **Airolpasta**
alatt a legegyszerűbb módon biztosítja a kifogástalan „prima
intentiót”. (Bruns tanár.) Az **Airolpastával** elzárásról lásd:
(Beitr. zur klin. Chirurgie XVIII. köt. 2. füzet.)

Thiocol „Roche“

Egyetlen vízben oldható, teljesen izgatás nélküli
és könnyen felszívódó guajacol-készítmény.

Adag 2–4 gr. naponta.

A klinikusok és orvosok egyhangú nyilatkozatai szerint
már jelenleg is kitűnik, hogy a Thiocol gyógyszerkincsünk
értékes vívmányát jelenti és hogy azt a tüdővész gyógyszer-
terápiájában az első hely megilleti.

(Klin. therap. Wochenschrift Nr. 19, 1898.)

F. Hoffmann-La Roche & Co., Basel.

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be.
Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen.
Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra.

— Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András“

név figyelembe ajánlatik.

Cs. és kir. szabadalmazott

Egyetemes Emésztőpor

Dr. GÖLIS-től.

Eddig még utól nem éretett hatására nézve az emésztés
és vértisztítás terén, s a test táplálása és erősítése nézve.
Ezáltal naponként kétszeri és sokáig folytatott használata mellett
valódi gyógyszerre válik számos még makacs betegségekben is,
mint p. o. emésztési gyengeség, mellégés, a gyomor túlterhelése, a
beleik petyhüdtsege, ideggyengeség, mindennemű aranyeres bajok,
görvély, guga, sápadtság, sárgaság, valamennyi idült bőrbaj, rák,
időszakos fejfájások, férgek és köves betegségek, túlnyálkásodás stb.

Ez az egyetlen és gyökéres szer a megrögzött *köszvény*
és mellbajban (*tuberculose*). Ásványvíz-gyógymódnál úgy ezeltűt,
mint annak használata alatt, valamint utólagosan gyógyszerül is
kitűnő szolgálatot tesz. Egy nagy skatulya ára 1 frt 20 kr. Egy
kis skatulya 80 kr. Főraktár Budapesten **TÖRÖK JÓZSEF**
gyógyszerész úrnál. A hamisítástól megmenekülésre figyelmeztet
mindenkit, hogy a valódi egyetemes emésztőpor dr. Gölis
pecsétjével van elzárva minden skatulya a védbélyeggel, s
kívülről ily czimvel van ellátva:

**K. und k. concess. Univ.-Speisen-Pulver des
Dr. Gölis in Wien.**



Főszállítóhely: Bécsben, Stefansplatz 6
(Zwettlhof).



ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Donáth Gyula és Hüttl Hümér: Neuralgia spermatica egy esetéről, mely a n. lumboinguinalis és n. spermaticus externus csomósodásával lett kezelve. 102. l.
 Chudovszky Móricz: Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem 2. számú (Réczey tanár) sebészeti klinikumáról. Gümős hashártyalobok. 103. l.
 Stiller Bertalan: Az enteroptosis és ideges dyspepsia tana a bordajel alapján. 105. l.
 Amberg S.: Közlemény Herczel Manó dr. egyetemi m. tanár Budapest székes-fővárosi szt. István-kórházi osztályáról. Lép-echinococcus esete. 106. l.
 Tárcza. Kuthy D.: A hydrotherapia a különböző egyetemeken és nálunk. 107. l.

Irodalom-szemle. Könyvismeret. Lindner und Kuttner: Die Chirurgie des Magens und ihre Indicationen einschliesslich der Diagnostik. 109. l. — Lapszemle. A szembetegségek gyógyításáról sozjodol-készítményekkel. 109. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A budapesti orvosok szövetsége. — Egyetemi alkalmazások. — Helmholtz agyveleje. — Rátz István. — Megjelent. — Breuer Mór. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Falta dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 96. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet. Gyermekgyógyászat 1-ső szám.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Neuralgia spermatica egy esetéről, mely a n. lumboinguinalis és n. spermaticus externus csomósodásával lett kezelve.

Donáth Gyula dr. magántanár, a szt. Rókus-kórház idegbeteg ambulátoriumának vezetőjétől és
 Hüttl Hümér dr. műtőorvostól.

A herezsába első beható megfigyelését Sir Astley Coopernek köszönhetjük, ki észleleteit egy classicus munkában örökítette meg.¹ Éles szemmel felismerte, hogy az idegizgalomnak eredete néha csak localis, mint pl. az amputált végtagok csomósodásán, máskor azonban constitutionalis, a mennyiben az idegrendszer általában zavart szenvedett. Ő már tudta, hogy az „irritable testis“, a mint ő ezen betegséget nevezte, bizonyos eseteiben minden szer cserben hagy, úgy hogy a beteg maga követeli heréje eltávolítását. Cooper három ilyen makacs esetben teljes sikerrel végezte a kiirtást és megemlíti, hogy a kivett herék bonczatani megvizsgálásánál nem tudott semmiféle szöveti elváltozást észlelni. Feltűnt neki ezen betegek „gyengült emésztési képessége“, melyet ő első sorban az idegrendszer zavarának tudott be. A bántalom tulajdonképeni oka ismeretlen volt előtte, de nem tartotta lobos eredetűnek. Azonban Valleix² kimondása szerint, már Cooper előtt Chaussier ismerte a bántalmat, mint „ileosrotal neuralgia“-t. Már Valleix tudta, hogy a fájdalomnak nem kell kizárólag vagy különösen a herében székelnie, hanem hogy a hasogató, szúró fájdalmak a csípőcsont tarajának közepéből sugározhatnak ki, ép úgy a here, mint a lágyéktáj felé, és hogy néha a hypogastriumban egy pont található, mely nyomásra különösen fájdalmas (371. oldal). A Cooper-féle elnevezésnél már csak azért is jobbnak tartja a magáét, t. i. „lumbo-abdominalis neuralgia“, mert a fájdalom nőknél a nagy szeméremajkakban mutatkozhatik, ámbátor itt nem éri el azon magas fokot, mint a férfiak ivarmirigyében.

Már Valleix tudta, hogy ezen bántalomnál alap-ok gyanánt blenorhoea szerepelhet, a miben manap, a számos közölt észleletet tekintve, már nem lehet kételkedni. Azonban nem lehet tagadni, hogy némely esetben a fájdalom székhelyét a gerinczagyban kell

felvennünk, a mint azt Eulenburg és Bernhardt³ hajlandók tenni, azon esetekben t. i., a hol pl. a castratio vagy az arteria és vena spermatica lekötése után recidiva észleltetett az ondózsínór csomósodásában, vagy a másik oldali herében. Mi azt tartjuk, hogy ezen esetekben mindkét ok szerepelhet, t. i. egy centralisan felfelé szálló lobfolyamat lehet jelen, a mint az a sympathikus szemmegbetegedéseknél elő szokott jönni.

A kankós neuritisek közül legismertesebb a n. ischiadicus-é (Fournier-féle „tripper-ischiás“), de megbetegedhetik a n. cruralis vagy nervus obturatorius, sőt a mint Werther tartja, akármelyik másik ideg is. E mellett fájdalmak jelentkeznek hűdéssel és gyors izomsorvadással, vagy csak fájdalmak egyedül, de a legnagyobbak. Sokszor a bántalom paraesthesiával kezdődik, a mi perineuritisre mutat.⁴ Jóval ritkábban fordul elő multiplex neuritis. Engel⁵ észlelt egy ilyen esetet, melynél mind a három fentnevezett ideg meg volt támadva.

Szerencsére a kankóból eredő neuralgiák ritkák, és rendesen mechanikus kezelésre (sonda-bevezetés, massage), állandó áramra megszűnnek, valamint az ezen eseteknél oly gyakran mutatózó vérszegény vagy neurasthenicus állapotoknál vas- és arsen-adagolásra vagy vízgyógyomdára.⁴ A legfontosabb azonban, mint már Valleix jelezte, a nyugalom. Ritka esetben mindezen szerek cserben hagyunk, úgy hogy operative kell beavatkoznunk, mert a türelhetlen kínok miatt már nem egy ilyen szerencsétlen lett öngyilkossá. Hogy a castratiót elkerüljük, Hammond azt ajánlotta, hogy az ondózsínóra 15 percen át olyan erős nyomást gyakoroljunk, hogy „az idegek tengelyfonalai szétzúzassanak.“⁵ Nem hiszszük, hogy valaki ezen tanácsot követné.

Midőn a mi betegünk egyikünket (Donáth) azon kívánsággal kereste fel, hogy fájdalmas heréje eltávolíttassék, azonnal felmerült azon eszme — tekintve a mai operatív technica magas színvonalát —, nem lehetne-e egy idegcsomósodással segíteni és így a beteget a here elvesztésétől megkímélni.

¹ Bernhardt M. Die Erkrankungen der peripherischen Nerven. II. rész. Bács, 1897. (Nothnagel Spec. Pathologie und Therapie).

² Werther, Die Pathologie der Gonorrhoe. Vortrag gehalten in der Gesellsch. für Natur u. Heilk. zu Dresden, 1893. Ref. Schmidt Jahrb. 1894.

³ J. Engel-Reimers, Beiträge zur Kenntniss der gonorrhoeischen Nerven und Rückenmarkserkrankungen. Jahrb. der Hamburger Krankenanstalten, II. 1892, 409 oldal. Ref. Schmidt Jahrb. 1893, 237. kötet, 237. oldal.

⁴ Lang E. Der venerische Katarrh. Wiesbaden 1893, 164. oldal.

⁵ Seeligmüller A. Lehrbuch der Krankheiten des Nervensystems. I. Abth. Braunschweig, 1882, 196. oldal.

¹ Die Bildung und Krankheiten des Hodens. Weimar 1832. és Vorlesungen über Chirurgie. Némre fordította L. Schütte, IV. kiadás, Cassel 1856, I. kötet, 284. oldal.

² Valleix L. L. J. Abhandlungen über die Neuralgien, némre fordította Gruner K. G., Braunschweig, 1852, 350. lap.

Ilyenmű műtét mellett több körülmény szólt, így:

1. az analogia, mely más neuralgiáknak resectio által való meggyógyításában fennáll;

2. azon tény, hogy a castratio nem mindig szüntette meg a neuralgiát. *Kocher*¹ ugyan azt mondja, hogy nem ismeretes olyan neuralgia-eset, hol a castratio cserben hagyott volna, de *Peyer*² két esetet hoz fel, hol castratio után részint a funiculusból, részint a másik herében tovább és változatlan intenzitással fennállottak a fájdalmak (*Macculloh* és *Russel* esete). Hasonló balsikerről értesít *Heinlein*³ és *Benda*.⁴

Utóbbi általában azt tartja, hogy a szokásos szerek, beleértve a castratiót is, ritkán adnak tartós eredményt, esetében legalább, melyben trauma után keletkezett neuralgia spermatica, a castratio nem használt semmit, de várakozáson felüli volt a siker, midőn betegével egy sérvkötőszerű övet hordatott, mely a kóros oldalon a funiculus spermaticust állandóan nyomta.

Azonban akár használ a castratio, akár nem, annyi tény, hogy érzékeny lelkű emberek, mint a milyenek rendszeren a n. spermaticában szenvedő betegek, kétszeres fájdalommal érzik azt, hogy férfiaságukban a here eltávolítása által szenvedtek. És végre nem szabad kicsinyelni a cosmeticus szempontot sem, hiszen a torzítás megszüntetésére még műheréről is van említés az irodalomban. *Carlier*⁵ egy 44 éves betegnél, kit haematocele miatt castrált, „ezüst testiculust” varrt a zacskóba és azt a beteg éveken át minden nehézség nélkül viselte. *Louveau*⁶ két esetben, midőn prostata túltengés miatt vette ki a heréket, selyemből fonottakkal pótolta őket. Ezen „selyem herék” kezdetben épen olyan tapintatúak voltak, mint a normalisak, később azonban beivódás és sólerakodás által zsugorodtak és kökemények lettek. *Louveau* ezért a jövőben üreges kaucukból készült heréket akar prothesisül használni.

A castratio ellen szól még, hogy több neves szerző, kik közül csakis *König*⁷ kívánjuk felemlíteni, egészen elveti. Egy részük azt állítja, hogy a neuralgia egyéb enyhébb eljárásokra megszűnik (*Bardleben*)⁸, mások láttak eseteket, hol a beteg bizonyos értelemben megszokva baját, tűrhető állapotba jutott. Részünkről ezen szerzőknek nem adhatunk igazat akkor, midőn *Romberg*-től tudjuk, de tapasztalhattuk is, hogy egy bántalomnál sem olyan heves a psychicus visszahatás, mint épen a nem gyógyuló hereneuralgiánál. De igenis helyeseljük *Finotti*⁹ következő kijelentését, mely szintén a heremegtartás fontossága mellett szól: „Kénytelen vagyok *Variot* és *Bezançon*-hoz esatlakozva az emberi herére nézve kétféle élettani működést felvenni: az egyik az ondószálasák képzése lenne, a másik, ha úgy szabad mondanom, a here egy bizonyos „belső secretio”-ja, t. i. a mirigy egy saját-lagos kiválasztása, melynek termékei a nyirk- és vérpályák által szívatnak fel és a melynek zavartalan lefolyásától — úgy látszik nekem — függ az összszerkezet hogyléte.”

3. Ismeretes, hogy a castrationál enyhébb eljárásokkal is sikerült nem egy esetben a neuralgiát megszüntetni. Így *Bardleben*¹⁰ említi, hogy az ondósinór vizsereinek lekötésétől, ő maga az art. spermatica lekötésétől, *Vidal* a tunica albuginea subcutan bemetszésétől, *Gritti*¹¹ két esetben a *Vidal*-féle enroulement-től láttak eredményt. Határozottan azt kell hinnünk, a mint már *Bardleben* sejtí, hogy mindezen beavatkozásoknál vagy sérült a nervus spermaticus, vagy talán egy tömegesebb lekötésbe került be és így vezetni megszűnt. Más módon a kedvező eredményt megmagyarázunk

lehetetlen. Azért mondja idézett munkájában *Kocher* is „es ist anzunehmen, dass auch eine Excision eines Stücks des Samenstrangs Heilung bewirken würde”.

Ezen eszmemenet vezetett bennünket arra, hogy a nervus spermaticus externus, illetve a genitocruralis resectióját (melyben, mint a kórtörténetből kiderül, kellett a megbetegedést felvennünk) határozzuk el. Az irodalomnak áttekintése azonban nemsokára azt mutatta, hogy ebben *Heinlein*¹ megelőzött, a mennyiben betegénél a n. hypogastricus, n. lumboinguinalis és n. spermaticus externus resectiója által teljes sikert ért el.

Nem tartóztathatott vissza *Nelaton* azon régi észlelete, hogy a n. spermaticus átmetszése után az illető here sorvadhat, mert az irodalom áttekintése erre nézve csak egy feljegyzést mutatott, t. i. *Obolensky*-ét,² a ki állatkísérletek alapján arra az eredményre jutott, hogy a nervus spermaticus átmetszése és egy darabjának eltávolítása a herében és mellékherében zsíros elfajulást idéz elő, ez a mirigy sorvadását okozza és pedig az interstitialis kötőszövet részvétele nélkül. A visszamaradt kötőszövet néha zsírszöveté alakul át.

Ha ezen eshetőség be is következne és ennek lehetősége előre nem tagadható, akkor is legrosszabb esetben csak ott lenne a beteg, mintha castráltatott volna.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem 2. számú (Réczey tanár) sebészeti klinikumáról.

Gümös hashártyalobok.

Irta *Chudovszky Móricz* dr. tanársegéd.

(Folytatás.)

*Rindfleisch*¹⁰ szerint a gümös folyamat háromféle módon gyógyulhat: 1. elmeszesedés által, 2. az által, hogy a geny a képződött sajtos tömeget kiküszöböli, 3. hogy a gümös fertőzés termékeit a képződött kötőszöveti burkok eltökolják. Erre az utóbbi folyamatra terjesztette ki figyelmét vizsgálatai alkalmával. Úgy, mint más idegen test, a gümös baktérium is csak abban az esetben tokolódik el, ha sem vegyi, sem erőművi úton nem idéz elő nagyobb ingert annál, mint a mennyi szükséges, hogy a szomszédságban szövet újdonszerű folyamat meginduljon. Egész esomó készítményen észlelte azt, hogy a gümös gócz gyógyulásának eleinte az a képe, hogy úgy az epithelioid, mint az óriás sejtek között két irányban lefutó kötőszövet képződik, az egyiknek rostjai sugár irányban, a másiké körkörösén haladnak. Az epithelioid sejtek helyén hosszúak orsóalakú kötőszövetet képző sejtek képződnek, a melyek a valódi kötőszövetnek csupán átmeneti alakjai. Ezen kötőszövetet képző sejtek elrendeződésénél is észlelhető már a fennebb leírt elrendeződés; csupán azon esetekben találunk eltérést, a midőn a gümös gócz valamely feszebb kötőszöveti tömeg mellett foglal helyet, a midőn a göreső alatt csupán a visszamaradt óriás sejtek jelölik még a gümös megbetegedés helyét. Az óriássejtek hasonlóan részt vesznek a gümös gócz átalakulási folyamatában. A protoplasmájuk meghasad, a magvak egymással párhuzamosan helyezkednek el és a kötőszövetet képező sejtek között eltűnnek. Az óriás sejtek többnyire nem tűnnek el egészen még a gyógyult góczból sem, hanem különböző elfajulási folyamaton mennek keresztül. Ha a gócz állománya egyrészt már sajtos, akkor az új kötőszövet oly módon hálózza be, a mint az például a vérrög átalakulási folyamatánál észlelhető.

A hashártya gümös folyamatának kórboneztani alakjai a most leírt szövettani változások szerint alakulnak. Az apró tüszúrásnyi, mákszemnyi, kölesnyi, szalma-kénsárga, kissé kiemelkedő góczok környéke erezett, sötétveres, súlyosabb fertőzés esetében az egész 18 □ méternyi hashártya belővelt, rajta kisebb vagy nagyobb mennyiségű, világosveres, zavaros savó található. A gümös folyamat fennállása mellett a góczok lassankint elajtosodnak; egy részük kifehélyesedik és a szétesett szövettörmelékek szennyessárga zavarossá festik a szabadon mozgó savót. A hosszabban

¹ *Heinlein* H. Über die Resection des Nervus genitocruralis. Cbltt für Chir. 1892, 1033. oldal.

² *Obolensky*, Centralblatt für die med. Wissenschaften 1867, 32. sz. 500. lap.

¹ *Kocher*, Krankheiten des Hodens u. Nebenhodens und Samenstranges. v. *Pitha* u. *Billroth*, Chirurgie, III. kötet, II. szakasz, 444. lap.

² *Peyer*, Die nervösen Erkrankungen der Urogenitalorgane. *Oberländer*, Klinisches Handbuch der Sexualorgane, 1894, 263. lap.

³ *Heinlein*, Cbltt f. Chir. 1892, 49. füzet, 1034. lap.

⁴ *Benda*, Beitrag zur Behandlung der Neuralgia spermatica. Berl. kl. Wochenschrift 1890, 38. sz. 866. lap.

⁵ *Carlier*, Prothèse testiculaire après castration (Ann. des Mal. des org. gén. urin. XIV. p. 1054. Ref. Schmidt Jahrb. 1896, 255. k. 163. l. Ugyanott.

⁶ *Louveau*, Prothèse testiculaire après castration (Ann. des Mal. des org. gén. urin. XIV. p. 1054. Ref. Schmidt Jahrb. 1896, 255. k. 163. l. Ugyanott.

⁷ *Lehrbuch der speciellen Chirurgie* 1893, II. kötet, 826. lap.

⁸ *Bardleben*, Lehrbuch der Chirurgie 1866, IV. k. 283. lap.

⁹ *Finotti* E., Zur Pathologie und Therapie des Leistenhodens stb. Arch. f. klin. Chir. 55. kötet. 156. lap.

¹⁰ *Bardleben* I. c. 286. lap.

¹¹ *Gritti* R., Della cura chirurgica della spermatalgia con osservazioni cliniche. Ref. Virchow—Hirsch, 1883, II. k. 248. lap.

fennálló lobos folyamat, a mely gümös hashártyafekélyek képződéséhez vezet, összenövéseket okozhat, a melyek fontossága attól függ, vajon nem okoznak-e ezek azután bélkeringési zavarokat, nem vezetnek-e a végleges gyógyulás után bélezáródáshoz. A gümös hashártyalob egyes alakjainál hiányzik a folyékony lobtermék, máskor a lobtermék tiszta sárgászöldes savós vagy savós rostonyás; ritkán akadunk rostonyás genyes lobtermékre. Észlelünk oly eseteket is, a midőn a gümös fertőzéshez más baktériumok fertőzése társul, a melyek azután a kórképet átalakíthatják. *Ferrán*¹¹ újabb közleményei az e téren derengő homályt kissé megvilágosítják. Így szerinte a *Koch*-féle gümösbacillus bizonyos körülmények között egy más bacillustípusra alakulhat, a melynek saprophyta tulajdonsága és reactioja különbözik az eredeti gümös baktériumétól, azaz mások a morfológiai tulajdonságai, de a mellett valódi gümös megbetegedést idézhet elő.

A *Ferrán*-féle bacillus *spermigenes* tehát nem volna egyéb egy gümös baktériumfajnál, a melynek ugyanazon hatású mérgetermékei, szaga, agglutináló képessége van, a mely baktériumfaj azután képesítve volna arra, hogy a gümös megbetegedés székhelyének a kórboneztani képét megváltoztassa. Tehát a különböző fajú hashártyagümők alakját nem más baktériumfajok, hanem egy faj más alakjaiból eredő vegyes fertőzésnek kellene tulajdonítanunk. Nem zárkozhatsz el azonban semmi esetre sem azon felfogás elől, a mely azt vallja, hogy a tályogképződéssel járó gümös hashártyalob esetében vegyes fertőzésnek kell fennállania, a melyet tenyésztés útján ki lehetett mutatni s a mely vegyes fertőzés olyan módon jön létre, hogy a bélfal a savóshártya megbetegedése következtében átjárhatóbbá lesz. Mennyivel fokozottabb lehet ez az átjárhatóság, ha egy gümös fekély van esetleg a bél savós hártáján!

A különböző gümös hashártyalobokat úgy beosztás, mint kezelés szempontjából azon kórboneztani elváltozások alapján osztályozzuk, a melyeket részben a hullán, részben az élőn észlelünk. A gümös hashártyalob kórszövettani lelete legfeljebb a kórjósolat felállításánál értékesíthető. A beosztásra nézve a sebészek és a kórboneztannal foglalkozók véleménye eltérő. *Henitze*¹² nézete szerint a gümös hashártyalobok első legnagyobb csoportját azok képezik, a melyeknél az izzadmány tiszta savós, a mely csak nagyobb fehérje tartalmával különbözik a szabad hasvízkór folyadéktól. (Midőn közleménye 1888-ban megjelent, akkor még nem tudtak e folyadékból gümös baktériumot kitenyészteni.) A második csoportba azokat sorozza, a melyeknél a megbetegedés el nem határolható alképleteket utánoz oly módon, hogy a megvastagodott cseplesz kötegek alakjában az egyes bélrészletekkel összenő. Ezen csoportnál jellegzőnek tartja a fájdalmat, sok esetben a megbetegedés ileust idézhet elő, avagy azt utánzó tüneteket okozhat. A harmadik csoportba az úgynevezett lappangó alakokat sorozza, a melyeknél sem a hasi folyadék mennyisége nem szaporodik oly tömegre, hogy kimutatható legyen, sem újdonszerű szövetrészek nem állapíthatók meg. Csupán az első alaknál tartja javaltnak a műtétet, a második alaknál azon esetben, ha az ileus tüneteit utánozza.

*Helmerich*¹³ két alakot különböztet meg: a folyékony izzadmányút, a midőn a hasmetszést javaltnak mondja, s a száraz alakot, a midőn a sebészi beavatkozást czélszerűtlennek itéli. *Adilbert*¹³ szerint, ki a francia sebészek közleményei alapján mond véleményt, a gümös hashártyalobok közül az összenövésekkel járó a legenyhébb lefolyású, mert a műtét kimutatásai szerint az esetek 50%-a véglegesen meggyógyult. A második csoportba sorozza a savós izzadmánnyal járó alakot, a harmadik csoportba a genyes és fekélyes alakokat, a mely utóbbiaknál a műtét eredmény a legkedvezőtlenebb, mert alig 4% gyógyult végleg.

*Rüsch*¹⁵ 358 esetet gyűjtött össze a sebészek közleményeiből. Ezek szerint megkülönböztet először savós izzadmánnyal járó gümös hashártyalobot, a mely lehet szabad vagy eltokolt, heveny, elhúzódó vagy idült; másodsor egy gümös hashártyalobot, mely rostonyás izzadmánnyal vagy fekély képződésével jár; tehát annak száraz alakja.

*Conitzer*¹⁶ e két csoportba való beosztást elfogadja. *Münstermann*¹⁷, a ki a müncheni kórboneztani intézet bonczolási jegyzőkönyveire támaszkodik, 1886–1889-ig 2837 bonczolásnál 46 gümös hashártyalobot talált. Ezeket savósakra és plastikus izzadmányt

termelőkre osztályozza. 25 esetben savós volt az izzadmány, 9 esetben véressavós, 26 esetben plastikus volt az izzadmány, tehát többször vegyes alakokkal is találkozott. *Margarucci*¹⁸ az olasz sebészek eseteit összegezi. 253 eset közül 153 savós izzadmányú, ezek közül 39-ben savós izzadmányon kívül még összenövések is képződtek; 3 esetben fekélyek képződtek, 10 esetben eltokolt genyes tályog volt jelen, 30 esetben nem képződött lobtermék. *Pic*¹⁹ négy osztályt állít fel; az elsőbe tartoznak a savós, a másodikba a rostonyás, a harmadikba a fekélyes, a negyedikbe a miliaris gümös hashártyalob alakjai.

Ha ezen különböző nézeteket összegezzük s a mi tapasztalatainkat hozzácsatoljuk, úgy öt csoportba lehet eseteinket beosztani. Az első csoportot azon gümös hashártyalobok alkotják, a hol nem lettünk folyékony lobterméket, ez a gümös hashártyalob száraz alakja. Két sűrűs betegnél észleltük e kórképet s ezek öt sűrűs beteggel együtt az irodalomban közölt 25 sűrűs esetet 32-re szaporítják. A második csoportba a tiszta savót termelő alakot sorozzuk; ezen alak alig fordul elő a mi betegeink között, mivel a gyermekek igen ritka esetben jutnak hozzánk különleges kórházi viszonyaink miatt. Évek hosszú sora alatt csupán egy esetet észleltünk. Sokkal gyakoribbak a savós-rostonyás alakok, a melyek a harmadik csoportot alkotják, melyek közé négy esetünket sorozzuk. A negyedik csoportot savós-genyes alakok képezik három esettel. Egy ötödik csoportba az alképleteket utánozó gümös hashártya lobokat csoportosítjuk négy esettel, a midőn a két előbbi csoport egyes esetei alkalmával összenövések jöttek létre és az eltokolt izzadmánnyal egyetemben alképletet utánoztak, a mely esetleg a hasfalakon kitör és sipoly képződéséhez vezet; e két csoportból hat esetet iktatunk ide. Ezen beosztás szerint fogjuk eseteinket osztályozni és főképen a kezelés és kórjósolat felállítása szempontjából más közlők nézeteivel összehasonlítani.

Tizennégy betegünk közül 7 esetet sérvműtét alkalmával észleltünk, a melyek azon 600 sűrűs beteg közül valók, a kiket 1892/98. években a 2. számú sebészeti klinikumon műtettünk. Egyesek a műtét előtt nem is voltak kórismézhetők, mások már a műtétet megelőzőleg mutatták a gümös hashártyalob tüneteit.

I. B. P., 15 éves tanuló. Felvételt 1894. augusztus 2-dikán. Műtét napja augusztus 7. Gyógyultán távozik augusztus 24-dikén. A beteg állítólag 3 hó előtt vette észre, hogy jobb hereborékja térfogatában megnagyobbodott, nemsokára utána a másik is. Egy és fél hónap előtt a hereborék daganatja elérte a jelenlegi állapotját s fájdalmassá vált, úgy hogy munkaképtelenné lett. Egyidejűleg ezen bántalommal a hasa is kezdett nagybodni, köldöke kitüremkedni; gyakori hasmenések (4–5-ször egy nap) nagyon elgyöngítették a beteget. A beteg azonkívül igen sokat köhög.

Felvételkor az elgyengült betegnél a mellkasúri szerveken megbetegedés nem mutatható ki. A has főképen az alhas táján kidomborodik, igen feszes és érzékeny. A köldök kúpalakúlag kitüremkedik, a mely nyomásra eltűnik, a köldök helyén egy ujjhegyet befogadó nyílás tapintható. A hasban szabad izzadmány vagy folyadék nem mutatható ki. A has legnagyobb körfogata 64 cm. (a köldökön).

A bal herezacskó nagy körtenagyságú térfogat megnagyobbodást alkot, a mely a lágyéksatorna irányában a hasüregebe folytatódik; felette a bőr rendes színezetű és tapintatú. A térfogatnagybodás köhögés alkalmával, valamint a midőn a beteg járkal, növekszik; felette a kopogtatási hang tompa; tapintata puha, légpárnához hasonló. A térfogatnagybodás legnagyobb része visszatolható a hasüregebe, a midőn dörzsölő zörejt hallunk, a visszamaradt részen a herét alul és hátul tapintjuk, elül egy hullámzást mutató térfogatnagybodás mutatható ki, a melynek hátulso részén a kisujjnyira megvastagodott mellékhere és ondóvezeték tapintható. A külső lágyékgyűrű a mutatóujjat befogadja, köhögve a beteget érezzük, hogy ujjunk hegyéhez hasübeli szervek hozzáütődnek. A jobb hereborékban a here, a mellékhere, az ondóvezeték és a savós hártva viszonyai hasonlóak.

Kórisme: baloldali szabad lágyéksér, mindkétoldali gümös mellékherelob és a hashártya gümöje.

A szabad lágyéksér miatt augusztus 7-dikén Bassini műtét módja szerint műtettük, a midőn kitűnt, hogy a sötétvörösen belővelt és megvastagodott sérvtömlő falán mákszemnyi, kölesnyi, kénárga, a felszín felé kiemelkedő, érdus udvarral körített göczok láthatók, a melyek metszlapja sajtos váladékot ad. Göcsok alatt rostos és rugalmas kötőszövet között részben törmelékkel álló, részben kereksejtes beszüremkedést mutató göczok láthatók, a mely utóbbiakban számos óriássejt és azokban gümök mutathatók ki.

A betegnél a varratokat nyolczadnapra kiszedjük, a seb elsőlegesen egyesült. Augusztus 24-dikén eltávozik. A beteg további sorsa ismeretlen.

(Folytatása következik.)

Az enteroptosis és ideges dyspepsia tana a bordajel alapján.

Közlő: *Stiller Bertalan* dr. egyetemi tanár.

(Folytatás.)

Glénard klinikai élelétéről tesz tanúságot az a körülmény, hogy irataiban „enteroptose compensé“-ről tesz említést. Azt mondja ugyanis: „Nephroptosis minden esetben, ott is, hol az egyén különben kiváló egészséggel örvend, találni legalább nagy vonásokban digestiv affectiót, mely néha oly kevésbé kifejezett, hogy szinte keresni kell. Ez a compensált nephroptosis. Ezt a compensatiót rendszerint valamely dyspeptikus vagy ideges zavar, vagy epekökólíka töri meg.“ Ezt az utóbbit ugyan még alig észleltem, de különben az egész körvonalozás találó. Ő természetesen csak kifejezett enteroptosis esetekről szól, olyanokról, hol a körkép megvan, de működési zavar nincs. Ezek valószínűleg azok a fennebb is említett esetek, melyeket ő enteroptose grasse kifejezés alatt ért. De mennyivel tághatjuk a compensált enteroptosis körét, ha bordajel segítségével facultativ enteroptikusoknak ismerjük fel azon egyéneket is, a kik különben egészségesek és kiknek hasi szervei nincsenek lesüllyedve. Ezekre teljesen ráillik az ő „form larve“ megjelölése; ő sejtette ezen alakot a nélkül, hogy ismerte volna, mert hiszen ezeket a stigma nélkül megismerni lehetetlen. Említésre méltó még, hogy ő enteroptosisnál a májnak működésében valami gyengeséget és zavart (hepatisme) tételez fel, a melyet egészen jól lehetne értelmezni a sympathikus által el látott emésztő és assimilatio szervek általam feltételezett labilitásából, ha ő azt veszületettnek elismerné és ha nem akarná azt minden áron a máj alak- és helyzetváltozásának betudni, mely gondolatmenetet én a magam észlelései alapján nem tarthatok helyesnek. Különben nem is érthető, ha a veszületett hajlandóságot tekintetbe nem vesszük, hogy vajjon miképen idézhetik elő az enteroptosisnak tisztán erőművi tényezői a máj működésének gyengeségét.

És most elértünk a sokat vitatott symptomatológiához. A nagyon különféle ideges és dyspeptikus panaszokat a különböző megfigyelők különbözőképen fogták fel és különbözőképen formulázták; de a sok vitának nem ebben rejlik az oka, hanem az ellentétek azon kérdésben esücsosodnak ki, hogy vajjon ezek a sokféle subjectiv panaszok a hozzájuk tartozó táplálkozási zavarokkal egyenes következtetése-e a szervek enteroptikus helyzetváltozásának, vagy nem? *Glénard*-nak, ki az enteroptosis tisztán erőművi aetiológiára építi, határozottan az az álláspontja, hogy ezen zavaroknak a gyomornak, bélnek és vesének erőművi helyzetváltoztatásában rejlik az oka; s hangsúlyozza, hogy ezen bonczati elváltozásoknak közvetlen következménye mindig a dyspepsia és csak a dyspepsia talaján virágozik azután ki a neurasthenia. A tankönyvek idevágó leírásaiból ezen dologra vonatkozólag az tetszik ki, hogy az észlelők nagy része nem védekezik az ő anatómiai lelkiismerete unszoló hangja ellen, midőn a betegek panaszait a szervek helyzetváltozásaiból származtatja. S csak kevés számú szerzőnek van elég bátorsága, hogy anatómiai tekinteteket elfordítván, a klinikai mérlegelésnek adja a döntő szerepet.

S ha én, megbízható megfigyelők nézeteinek eme ellentmondása mellett, ezen már eredetileg zavaros kérdésben nyilatkozni bátorodom, teszem ezt azon sok ezer eset észlelése alapján, melyeket eleinte az ideges dyspepsia lobogója alatt, majd a vándorvise bélyegével, később az enteroptosis szélesebb világításában és végezetül 7—8 év óta a bordajel átható sugarainak világossága mellett láttam. A beteganyag nagysága tekintetében mások könnyen vetekehetnek velem, de a mozgó borda méltatásában én állok legelől.

Ezen értékes jel segítségével enteroptikusoknak ismerünk fel olyan egyéneket, kiknél a jövőbe betegséget még semmi sem árulja el, vagy olyanokat, kiknél az még kezdetleges állapotban van, úgyannyira, hogy az affectio egész fejlődését figyelemmel kísérhetjük. Megfigyeltem egyes betegeket betegségük egész fejlődésében, a mi természetesen a legtalálhatóbb következtetéseket szolgáltatja, megfigyeltem persze még sokkal gyakrabban röviden észlelt egyes eseteket és ezekből alkothattam meg a kór történetét. S mondhatom, hogy mindig a neurasthenia adja meg az alaphangot. Mozgó bordájú gyermekeknél is sokkal a

dyspepsia megjelenése előtt kifejezett az ideges hajlam. Ezek nagy részben gyenge alkotásúak, többé-kevésbé vérszegények, térd-reflexeik mindig fokozottak, szeszélyesek és ingerlékenyek. Felnőtteknek ama fentebb vázolt érdekes csoportjában, hol a bordajel mellett is erőteljesek és jól tápláltak a betegek, ha már egyéb nem is, mindig feltűnően fokozott volt a patellaris reflex. Így tehát kell, hogy ellentmondjak *Glénard*-nak, ki szerint a dyspepsia az elsődleges és csak ez idézi elő a neurastheniát. A betegség kezdetleges állapota ennek éppen az ellenkezőjét mutatja. Kész esetekben, a hol az összes tünetek ki vannak már fejlődve, természetes, lehetetlen megmondani, hogy mi volt előbb és mi jött később. Van elég eset — sőt talán a legtöbb olyan —, a hol az emésztési és az általános asthenia egyidőben lépnek előtérbe, a mi teljesen megegyezik a betegség fogalmának azon körvonalozásával, melyet én állítottam fel. Itt ugyanis általános és emésztési neurasthenia veszületett hajlandóságáról van szó és részint ezen hajlandóságtól, részint az életmód és a sors körülményeitől függ, hogy melyik fejlődik ki jobban; láttam neurastheniát dyspepsia nélkül, de sohasem ezt amaz nélkül.

Miután a fentebbiekben kétségtelenné tettem, hogy a neurastheniát nem lehet a dyspepsiából származtatni (mert ez legfeljebb csak fokozhatja azt), áttérek arra a vitás főkérdésre, hogy vajjon az enteroptosis kísérelő és jellemző ideges dyspeptikus zavarok a szervek anatómiai helyzetváltozásaitól függenek-e, vagy nem. A kérdés egy része már a fentebbiekben le van tárgyalva; a neurasthenia meg van néha, teljesen kifejlődve, a bordajel által jellemzett lappangási stadiumokban is, mielőtt még az enteroptosis ki volna fejlődve. És ha látjuk, hogy olyan esetekben is, a hol még semmiféle ptosis kimutatni nem lehet, valamely impulsusra hevenyen és hevesen, vagy mint rendszerint történni szokott, lassan észrevétlenül tör ki a dyspepsia, s ha látjuk, a megromlott idegrendszernek, a megnehezített panaszos emésztésnek s a mélyen megzavart tápláltságnak ezt a csaknem ijesztő képét az enteroptikus bordajel kísérelében: akkor el kell hinnünk, hogy a dyspepsia éppen úgy, mint a neurasthenia, az idegrendszer veszületett terheltségéből származik.

De vegyünk szemügyre egy homlokegyenest ellenkező állapotot. Alapvető dolgozatomban megemlítettem, hogy idősebb egyéneknél csak ritkán találtam enteroptosis és bordajelt, indokolván azzal, hogy előhaladott korban a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak azok az ideges dyspeptikus panaszok, melyek az ilyen irányú vizsgálatokra ösztönöznek. Azóta erre vonatkozó panaszok nélkül is direkte vizsgálgattam ilyen irányban és különösen gyengéd alkotású, sovány egyéneknél úgy találtam, hogy a mozgó vesét és gyomorlacsogást nagyrészt a bordajel kíséri. Nem is lehet ez másképpen, hiszen kétségtelen, hogy nemcsak a mozgó borda, de a szervek süllyedése is állandó elváltozások; legfeljebb annyit concedálhatunk, hogy a vese tapinthatósága és a gyomor atóniája kezdetleges stadiumukban újabb zsírlerakódás által fedetnek. Kimondtam és az összes megfigyelők *Glénard*-dal együtt concedálni fogják, hogy a kor haladtával az ideges dyspeptikus panaszok elvesztik élüket és az ilyen idős betegek néha még hasat is eresztenek, melyet pedig ők egész életükben hiába kívántak s hiába reméltek. Ez különösen az alaphantalomra, a neurastheniára vonatkozik, a dyspepsia járulása csak a neurasthenia járulásának járuléka. De az enteroptosis anatómiai zavarai tovább is változatlanul fennállanak. Kiváló bizonyítéka ez annak, hogy nem a szervek helyzetváltozása, hanem egyedül az ideges asthenia képezi az enteroptikusok szenvedéseinek forrását.

Ha a lappangási és végstadium tárgyalása után a betegség fejlődési szakára vetünk egy pillantást, azt látjuk, hogy a legenyhébb esetekben csak gyomorlacsogást találunk az atonia jeléül. És ezért kell, hogy ellentmondjak *Kuttner* és *Deyernek*, kik a mozgó vesét tekintik első tünetnek, a mit én sohasem találtam gyomoratonia nélkül, de igenis sokszor ez utóbbit a vesék süllyedése nélkül. Már ebben a kezdetleges időszakban is észlelhetni a betegségnek egész nyomorúságos képét, holott a szervek jelentékeny helyzetváltozásáról még szó sem lehet. Másrészt gyakran látjuk a vesék vándorló voltát, jelentékenyen lesüllyedt és kitágult gyomrot minden különösebb panasz vagy nehélység nélkül. De jellemző, hogy a betegség kifejezett volta mellett is, midőn a ptosis dyspepsia és neurasthenia kísérik, váltakoznak a subjectív jó közérzet és

a panaszos zavarok időszakai, dacára annak, hogy a bonczani elváltozások állandóak maradnak.

Mind e felsorolt mozzanatok, a csupán facultativ, a kifejlődött és végezetül a már lefolyt betegség viselkedése, úgy gondolom teljes bizonyossággal egyaránt arra mutatnak, hogy a bonczani és a klinikai lefolyás között semmiféle párhuzamosság nem áll fenn, egyben pedig támogatják abbéli nézetemet, hogy a szervek elváltozása csak járuléka az ideges atonikus hajlandóságnak és a „dolog lényege” veszületett cerebro-sympathikus ideggyengeség, mely e jelenségeken uralkodik és azokat kormányozza.

Ezen fejtegetések után, melyeknek czélja a szabály megállapítása volt, jogának teljes birtokába kell helyezni a cum grano salis fogalmát is, mely különben minden tapasztalati téren szükséges. Nagyon előrehaladt esetekben ugyanis, hol a gyomor atoniája nagyrészt a ptosis révén túlnagy táguláshoz vezetett, nagyon is világosan lép a tágulás hatása előtérbe. És ezek semmi szín alatt nem kicsinylendők; ilyen esetekben a súlyos mozgási zavar következményei annyival inkább lépnek előtérbe, miután rendszerint nagyon legyöngült aszthenikus egyénekről van szó. De tovább megyek és az előrelátható és várható ellenmondások dacára is bizonyossággal állítom, hogy a gyomor atoniájának és tágulásának fontos fejezetei túlnyomó részben épen az enteroptosishoz tartoznak. Nem ismerem a pathológiának olyan terét, a mely ezen állapotokat ehhez csak megközelítő gyakorisággal is mutatná. Minden egyéb oki mozzanat messze mögötte marad. Nem túlzok, ha állítom, hogy legalább 30–40 atonikus gyomortágulást látok addig, míg egy stenotikus tágulásra bukkanok. S bár új tankönyvekben *Fleiner* és *Riegel* közül egyik a gyomor elsődleges ideges atoniáját, a másik az atonikus tágulást ritkaságnak tartják, tapasztalataim alapján ezeknek épen az ellenkezőjét kell állítanom. Épígy nem fogadhatom el *Boas* azon állítását, sem, hogy heges szűkület által okozott tágulás gyakoribb, mint az atonikus, bár ez utóbbi az atoniát kéllőleg méltatja. Nézetem eme homlokegyenest ellenkezésének oka abban rejlik, hogy részint talán beteganyagunk különböző, túlnyomólag pedig abban, hogy én az enteroptosist és annak bordajelét állandóan számba vettem; *Boassal* szemben pedig azt emelem ki, hogy ő túlságosan szűk térre szorítja az ektasia fogalmát, melyet ő csak extrem esetekben alkalmaz. Ezek a legnagyobb fokúak természetesen gyakrabban stenotikusok, mint atonikusok. Ki kell továbbá emelnem, hogy klinikákon, a hol súlyos szervi bántalmak uralkodnak, a betegségeknek kérdésben forgó csoportját nem lehet tanulmányozni. Nagy ambulantiákon és sűrűn látogatott vízgyógyintézetekben, a hol idegesek és dyspeptikusok teszik a betegek legnagyobb contingensét, fogják ezen kérdést eldönteni és el fogják dönteni határozottan az általam tapasztaltak értelmében. Az atonikus tágulások a következőképen jönnek létre: az eredetileg ideges atonia, a mely voltaképen alapját képezi a ptosisnak és a vertical állásnak is, a gyomornak a táplálékok általi megterhelhetése folytán állandóan fokozódik, az azelőtt mindig javított tágulás végre állandóvá válik, miáltal az izomzat peristaltikus tevékenysége is többé-kevésbé szenvedén, a pangás állandóvá és bőségesebbé lesz.

Kivételes esetekben ezen folyamathoz obstructiv tényezők is járulhatnak, melyek a tágulást még inkább fokozzák. Ezen körülmények egyikére már *Kussmaul* rámutatott; nagyon mély gyomorsúlyedéknél ugyanis a duodenum felső harántrésze megtörést szenvedhet, ez által megszükül, a minék természetesen a gyomoresukó szűkületével egyenértékű következményei lesznek; még sokkal gyérebb egy másik messzebb út, a mely tisztán ideges alapon kezdődve, a gyomoresukó szűkületéhez vezet, mely ideges hyperaciditas és fekély képződés folytán létrejött pylorus hegesedés következtében jön létre. Első pillanatra különösnek tetszik, hogy az ideges atonikus tágulás keretében tesztek említést ezen szervi elváltozásról, de teszem ezt azért, mert ez nem ritkán egyenes végső következménye az eredetileg tisztán ideges zavaroknak. Figyeljünk csak rá és megtaláljuk heges szűkület sok esetében azok ideges eredete bizonyítékaként a mozgó 10-dik bordát.

Eltekintve ezen nagyfokú gyomortágulatoktól, melyek tisztán ideges talajon termelődve önálló szervi bántalommal fejlődnek, az egyszerű gyomoratonia is egy részét okozza a beteg panaszainak. Intra parentesim megjegyzendő, hogy a mozgási

elégtelenség különben helyes fogalmának használatával utóbbi időben mértéktelenül visszaélnék. Semmikép sem tartom előnyösnek, ha érzékeinkkel fogható klinikai képeket elvont fogalmakkal helyettesítenek.

Rosenbachnak ama világos fejtegetéseit, melyek értelmében a gyomortágulatnál voltaképen nem annyira a gyomor ürtartalmának nagysága, mint inkább a kihajtó erő csökkenése fontos, doctrinair módra akképen túlozzák, hogy egyenesen a működési zavart állítják előtérbe, melynek széles keretében azután a többi klinikai képek és jelek egészen elmosódnak. Figyeljük meg józanul a dolgokat és úgy fogjuk találni, hogy a gyomorbennék pangásának 100 esete közül 99-ben ki is van tágulva a gyomor; tágulás és pangás együvé tartoznak. Teljesen osztom *Riegel* abbéli nézetét, hogy a gyomortágulat régi jó klinikai fogalmát nem szabad elejteni; de ennek értelmében óhajtható lett volna az is, hogy ő az atoniának meglehetősen körvonalozott képét ne hagyta volna a mozgási elégtelenség fogalma széles medrében nyomtalanul eltűnni. És ha még a tisztán obstructiv gyomortágulást is, hol a normalisnál fokozottabb izomerő küzd hiába egy tisztán erőművi akadály ellen, némelyek mégis a motorikus insufficiencia keretében tárgyalják, úgy ezen eljárás épen olyan helytelennek látszik előttem, mintha egy athlétát mozgásra képtelennek bélyegeznének, mert nem bir őt metermázsát felemelni. Nem kevésbé helytelennek látszik előttem az is, ha a cirrhotikus folyamatok vagy diffus rákos infiltratio által merevvé és kicsivé lett gyomrot motorice elégtelennek nevezik; az épen olyan, mintha az izomkötegek phlegmonéje miatt mozgathatlan végtagot bémulnak neveznék. A motorikus insufficiencia megjelölést voltaképen, mint a hogy ezt *Boas* is eszeleksi, csak a myastheniára, illetőleg a a gyomor izomzat primaer atoniájára kellene vonatkoztatni.

(Folytatása következik.)

Közlemény Herczel Manó dr. egyetemi m. tanár Budapest székesfővárosi szt. István-kórházi osztályáról.

Lép-echinococcus esete.

Irta Amberg S. dr.

A lép-echinococcus ritkasága s az eddig operált esetek kevés száma mellett — azt hiszem — nem végzek felesleges munkát, midőn jelen esetet casuistikai szempontból közlöm. Az eset a következő:

D. G., 30 éves, hajadon eseléd Jászberényből.

Anamnesis: Komolyabb betegsége sohasem volt. Izületi csúz, malaria, luesben soha sem szenvedett. Havi vérzése mindig rendes volt. Hat év óta időnkint fellépő szúró fájdalmakat érez a bal hypochondrium-ban, melyekhez nyomás érzete társult a gyomor táján. Fájdalmi azonban egész a legutóbbi időig munkájában nem akadályozták. Egy év óta étvágya rossz, széke rendetlen. Körülbelül 3 hete vette észre, hogy bal oldala megdagadt. Fájdalmi is mindinkább hevesebbé s időnkint lökötő jellegűekké váltak. A daganat bal oldalán mindinkább nőtt, fájdalmi majdnem elviselhetetlenné lettek, úgy hogy legutóbb teljesen munkaképtelen lett. Legutóbb napjában 2-szer rázó hidege volt, mely azonban kezelés nélkül alábbhagyott. Kuttyákkal sohasem volt foglalatossága.

Felcéltek: A középtermű, jól fejlett, kissé vérszegény nőbeteg mellkasa alul a baloldalon erősen kidomborodik. A jobb tüdőhatárok normalisak. A bal alsó tüdőhatár megfelel a daganat felső határát jelző tompulatnak. Tüdők felett tiszta sejtes légzés hallható. A szívtompulat egészben egy kissé jobbra kihelyezett. A szívcsúson fúvó systolikus zöreje. A pulmonalis második hangja nem ékelt. Pulsus szabályos, száma nyolczvan. Beteg felvételtkor láztalan.

A legjelentősebb elváltozások a hason találhatók, mely a baloldalon jelentékeny felfúvódást mutat. A bőr e helyen feszes, halvány, tágult vénereket mutat. A bal lumbaltájában az előbbi kidomborodásból egy másik, elkülönült kiöblösödés lép elő, melyet a linea axill. ant. közepén szel át. A bőr e kiöblösödés csúcsán kissé vörösen elszínesedett, de alig érzékeny. Tapintásnál a felfúvódás emberfejnél nagyobb daganat által okozottnak tűnik ki, mely daganat 2 egymástól lefűződött részből látszik állani. Az egyik rész merev consistentiájú, nyomásra nem fájdalmas, felülete finoman szemcsés. A daganat e része, mely a másikon mintegy rajta ül, különböző szélességű, legszélesebb helyén körülbelül 3 ujjnyi. Lefelé éles kivájt széllel határolt, melynek kifejezetten érezhető befűződése arra vallanak, hogy ez a rész a léphez tartozik. A másik rész a kardnyújtványtól lefelé vonul a linea alabab, a köldök s symphysis közt a közepén balra hajolva, széle a bal felső elülső csípőtővis felett a mellő hónaljvonalban fut vissza az első részébe a daganatnak. E második rész az elsőől jól megkülönböztethető s határolható. Cystaszerűen domborodik elő, sima felületű, fluctuatiót s undulatiót mutat. Alulsó-elülső határa összeesik az előbbi felső határával. Az elülső hónaljvonalban a cysta egy körülbelül 2 ujjnyi sekély barázda által egy

elülső kisebb s hátulsó nagyobb részre osztatik. A fluctuatio s undulatio egyik részéből áttérjed a másikba. A daganat felső széle a bal bordaív alá búvik s így nem tapintható ki.

Kopogtatásnál elől átmegy a tompulat a szív és máj tompulatába. A tompulat a bimbóvonalban a bal borda felső szélén kezdődik. Innen horizontalisan fut hátra a felső határ, a lapocszöglet magasságában elérve a gerincoszlopot. A tompulat alsó határa hátul a 12. borda alsó szélén fut a gerincoszloptól a scapular-vonalig. Innen szögletben megtörve ferdén le és előretart kevéssel a bal elülső-felső csípőtővis felé.

A daganat nem mozgatható, a légző mozgásokat alig követi.

Májtompulat normalis. A gyomor felfúvásánál a daganat tompulatának felső határa nem változik, ekkor azonban a gyomornak megfelfelé nem mely dobos kopogtatási hanggal bíró terület tolakodik a daganat s máj tompulata közé.

Traube-tér teljesen tompult. A has szabad területén dobos a kopogtatási hang. Ascites nincs. Vaginalis vizsgálat eredménye negatív. Mirigyek nem duzzadtak, thymusduzzanat nem észlelhető.

A jobb tibia diaphysise megvastagodott. Közepén körülbelül tallérnagyságú, halványvörös fekélyheg. Egyéb elváltozások a skeleten s bőrön nincsenek. A bokák felett kis fokú oedema.

Vizeletvizsgálat: n. m. 1400 cm³, fs. 1020, savi kémhatású; 1:50/00 fehérjét tartalmaz, alakelemek nincsenek benne.

A vörsvizsgálat, melyet Körmöczy dr. úr volt szíves végezni, 64% haemoglobintartalmat mutatott ki (Gowers). Veres vörsejtek száma 3.600.000, fehéreké 10.000. Festett készítményeken a veres vörsejtek semmi abnormitást nem mutatnak. A fehér polynuclearis sejtek, keverve meglehetősen sok eosinophil sejttel, megszáporodtak.

A diagnózis: echinococcus a lépben, a próbapunctio által, mely horgokat mutatott ki, megerősített. „Hydatiden-schwirren“ nem érezhető.

Abban a feltevésben, hogy a nagy daganat környezetével nagy terjedelemben összenőtt, továbbá, hogy a lép nem atrophikus s az elgyengült betegnél behatóbb beavatkozás alig lehet, mint észlra vezető módszer, az incisio határozottan el s 1898. márczius 10-dikén végre is hajtott.

A daganat legkiemelkedőbb kerületén a bordaív alatt három ujjnyira ejtett a bordaívvel párhuzamosan a 19 cm. hosszú bőrmetszés. A legkiemelkedőbb kiöblösödés felett átszeletelt az izomzat 3—4 cm. hosszú metszéssel. Ekkor a hasfallal erősen összenőtt daganathoz jutott a műtő, úgy hogy a műtét egy ülésben végre volt hajtható. Punctio útján először is kiürített körülbelül két liter világossárga tiszta folyadék. Azután a fibrosus tok felhasított s egy nagy echinococcus-hólyagot sikerült sértetlenül kihámozni. Most az üreg kitapintható volt, úgy hogy érezni lehetett a lép felső éles szélét s kiderült, hogy a cysta a lépbe mint egy tojástartóba volt beágyazva. A lép határozottan hypertrophikus. Az úr fala sima, s részint ujjal, részint sondával kitapintható. A sondát a bőrmetszésnek megfelelően 20 cm.-re lehetett előre tolni. A rostos tok a hasfallal összevarratott s az úr drainezett.

A műtét után 2 nappal végzett vörsvizsgálat 65% haemoglobint tartalmaz mutatott ki; a veres vörsejtek száma 3.800.000, a fehéreké 6000. A festett készítményeken jelentékenyebb változások nem láthatók. Vizeletben kevés fehérje.

A legközelebbi napokban 39° C.-ig menő láz kíséretében az üregből bűzös-genyés váladék ürült, keverve echinococcus-hólyagok czafatjaival.

Csak a 14. nap után lőn a beteg láztalan, miután néhány napon át az üreg kali hypermanganat-oldattal kimosatott, az elválasztás s az echinococcus-hólyagciszafatok eltávolodása megszűnt. A seb gyógyulni kezdett. A szív kihelyeződése engedett, a szívhatárok normalisak. A szívesúson az első hang nem tiszta ugyan, de kifejezett zöreje nem hallható. A bokavizenyő eltűnt.

Műtét után öt hét múlva a vér haemoglobin tartalma 72% s a veres vörsejtek száma 3.600.000, a fehéreké 8000. Festett készítményeken semmi abnormitás. Szívhangok tiszták. Vizeletben fehérje csak nyomokban. A beteg jelentékenyen megerősödött, a teljes gyógyulás rövid időn várható.

A lép echinococcus műteti kezelésénél 3 módszer jöhet tekintetbe: splenectomia, incisio, punctio. Legjobb eredményeket eddig az incisio mutatott fel, mint Hahn már Trinkler statistikája alapján kimutatta.

Jelen esetben más eljárás alig volt alkalmazható. A splenectomiától több körülmény tartott vissza. A daganat nagysága s immobilitása mellett terjedelmes összenövés volt várható s a műtét igazolta e feltevés helyességét. Ehhez járult még a lép hypertrophiája, a mi egyébként nem volt oly jelentékeny, hogy hiányát egy különben egészséges organismus, a lép nagyságát s vértartalmát tekintve, el ne bírta volna.

Erre a pontra figyelmeztet Péan, a ki 3—4000 gr. súlyú tiszta lép daganat kiirtását rossz prognózisának állítja. Ledderhose nagy daganatknál az úgynevezett „holt tér“ veszélyeitől tart, s ezek az abnormis tömegnél, mely jelen esetben is volt, nem becsülhetők kevésre. De főleg határozó volt a beteg rossz általános állapota. A vizeletben fehérje, a szívesúson felett systolikus zöreje, a bokák felett vizenyő, melynek oka valószínűleg a circulationak zavara volt, előidézve a tumor által. Ezekhez járult a fehér vörsejtek ha nem is jelentékeny megszáporodása, a vér haemoglobin tartalmának csökkenése. Az eset egyébként bizonyít arra, hogy egy nagy cysta jelenlétében nem kell a lépnek feltétlenül atrophikusnak lennie, mint azt Hahn a priori felvenni hajlandó. A Hahn által felállított indicatiónk szerint a splenectomia joggal korlátozódik csekély számú esetekre. Kíváncsok, hogy a cysta vékonyfalú legyen, concav felületén az atrophikus léppel, nagy mozgatható ság és hosszú nyél.

Vérzés a gyengén vascularizált tokból sohasem várható. A lépnek a cysta concav felszínén való fekvése, a hasfal s cysta közé ékelve, sem feltétlenül indicatio a splenectomiára, ha nevezetesen a lépszövet annyira atrophikus, hogy a műtő minden nehézség nélkül ura tud lenni a vérzésnek.

Egyébíránt tekintetbe jöhet az a lehetőség is, hogy oldalt vagy hátulról jussunk a cystához, mely eljárásnak az az előnye lenne, hogy egy bekövetkező ileus veszélye kevesbbednék s a secretum lefolyása könnyebb lenne.

Ellenben még azon esetek sorolhatók a splenectomiára alkalmas esetek közé, melyekben eléggé mozgatható tumor, atrophikus lép mellett egyéb kedvezőtlen jelenségek, lázas mozgalmak arra mutatnak, hogy az echinococcus-hólyagok elgenyedtek. Ha ilyen esetben a tumort sértetlenül, in toto sikerül eltávolítani, úgy a splenectomia által lenne elérhető a legsimább s legveszélytelenebb gyógyulás.

A lép-echinococcus operatív kezelésében legnagyobb szerepe van az incisionak, sokféle combinatioval együtt. Nagy előnye, hogy a szerv megtartatik s az általa elért eredmények semmivel sem állanak hátrább a splenectomia által elérteknél. A lépnek a hasfalhoz való varrása által okozott ileus, mint azt Hahn észlelte, a topographikus viszonyoknál fogva a legnagyobb ritkaságok közé kell, hogy tartozzék. Más akadály pedig nincs e műtét kivételének.

Másképp áll a dolog Israel ajánlatával, ki a cystát kinyitotta, a kiürítés után bevarrta és elszívcsztette. Bár vérzés nem is várható, joggal jegyzi meg Hahn, hogy secretio a legszigorúbb asepsis mellett sem zárható ki. Nagyobb cysták egyáltalán nem alkalmasak ez eljárásra, miután egy kis hólyag igen könnyen visszamaradhat, s az egész beavatkozás sikerét tönkretetheti.

Ellenben egyes esetekben lehető talán az incisio mellett punctiohoz s reákövetkező sublimat- vagy carbol-befecskendéshez fordulni. S ha a punctio magában véve nagyon bizonytalan eljárás is echinococcusnál, talán mégsem vetendő el egészen. Hahnak a Trinkler-féle statistika alapján az a véleménye, hogy a punctio felújítására gondolni kell. Fájdalom! nem állanak rendelkezésemre egyes esetek, mégsem tudom belátni, mi ártalma lehetne a punctiohoz azon esetekben, hol a cysta közbe fekvő lépszövet nélkül összenőtt a hasfallal. Ha sikertelen volna — a mi elég gyakran fordulna elő bizonyára —, úgy még mindig elő lehet venni az incisiót. Mozgatható tumornál azonban elhagyandó, a tartalomnak a hasúrra való ömlésének veszélye miatt. Direct a punctio ellen szólnak azon symptomák is, melyek az echinococcus hólyagok elgenyedésére vallanak, miután, mint Aschoff közli, a genyedés a rostos tok s echinococcus-hólyag közt szokott fellépni s így a punctio nem ad utat a geny befolyásának. Ha tehát oly symptomák vannak jelen, úgy a körülmények szerint a splenectomia vagy incisio foglalja el jogos helyét. A punctio eventualiter oly esetekben alkalmaztassék, midőn fuladási veszély avagy erős nyomásjelenségek a nagy daganat rögtöni eltávolítását teszik szükségessé. A punctio egyéb esetekben, mint legenyhébb eljárás jöhet alkalmazásba, csak el kell reá készülni, hogy a status quo ante egy idő múlva ismét visszatér.

Kevés kivétellel tehát a lép-echinococcus operatív kezeléseknél elegendő az incisio.

T Á R C Z A.

A hydrotherapia a különböző egyetemeken és nálunk.

Olaszország 20 egyeteme közül négyen (Turin, Róma stb.) van a vizgyógyászatnak képviselője, Turinban az ergographikus vizsgálatairól és a „vagus raffreddato“ révén jól ismert G. S. Vinaj. Németországon Rieder Münchenben csak nemrég nevezetett ki a hydrotherapia és más physikalís gyógyításmódok előadására nyilvános rendkívüli tanárra, a legtöbb német egyetemen azonban csak belgyógyászati docensek beszélnek mellesleg a tárgyról. Svájcban a balneológiába beléolvasztva tanítatik külön előadók vagy a hygiene professorai által; Franciaországban sincs a hydrotherapia a tanított tárgyak sorában, részben a belgyógyászat és gyógyszer-tanára, részben higienikusok emlékeznek meg róla futóláposan, meg-megérintgetve.

Bécsben Winternitz 1864-ben Oppolzer kezdeményezésére docenssé lett ugyan, de ámbár felavató dolgozata is a vizzelgyógyítás köréből volt véve („Zur rationellen Begründung einiger hydrotherapeutischer Proceduren“), nem a hydrotherapia, hanem a belgyógyászat docensévé. Működése terén praesumptív utódját, Strasser dr.-t néhány hónappal előzőtt hasonló sors érte; a vizgyógyászat hazájában, Graefenberg és Kaltenleutgeben országában nem akartak eltérni a sablontól ma sem s abban az esztendőben, melyben Winternitz 40 éves doktorjubileumát ünnepelte, volt készülőfélben jeles segédjének habilitálása a — belgyógyászatból. Vajjon Storoscheff, moszkvai docens, a ki néhány év előtt négy semestert át tartott a hydrotherapiáról rendes cursusokat egy vizgyógyintézetben, a belgyógyászat vagy a hydrotherapia előadójává van-e habilitálva, nincs biztos értesülésünk. Ellenben tudjuk, hogy Schapiro és Stange dr.-ok, a kik czimzetes professori minőségben működnek a vizzelgyógyítás és massage tanítóiként a szeptérvári Helena Pawlowna-klinikán, annak idején a belgyógyászatból képesített magántanárok voltak.

Lyon nagy egyetemén 1895/96 telén Soulier professor foglalkozott heti három órában a gyógyszer-tan előadásán kívül a vizgyógyászat, mechanotherapia, klimato- és elektrotherapia tanításával is.

A „Thérapeutique“ mestereihez tehát el nem jutott, az olasz testvéremzetnek a hydrotherapia terén kifejtett előhaladása mellett sem, a tárgy approbálásának gondolata. Hasztalan jelentek meg *Winternitz* argumentáló közleményei a vizgyógyászat tanítása érdekében (1873, 1874, 1891, 1892, 1894), hasztalan írta meg *Kussmaul* a német orvos-szigorlati rendszer revisiójának tervezetében az ő megleghangú érvelését e tárgyban s sokakra eredmény nélkül hangzott el *Vierordt* heidelbergi tanárnak is (ki különben a hydrotherapia igen szigorú kritikusaik egyike) a mondása: „minden arra vall, hogy a vizgyógyászatnak végre sikerülni fog az orvosi tanítás terén is kivívni azt a figyelembevételt, melyet megérdemel“. (Deutsche med. Wochenschrift, 1897, 11.)

Nálunk a budapesti orvoskar tanártestületének az érdeme, hogy a hydrotherapia tanítását lehetővé tette az által, hogy e tárgyból docentúrát adott s ezzel a tárgynak egybeitt csak most ébredő felkarolását jócskán megelőzte.

Ez az áramlat most már főleg német földön mindjobban előtérbe lép.

1898. május havában E. v. *Leyden* és A. *Goldscheider* közösen indították meg Berlinben a „Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie“ című tudományos szak-folyóiratot (Leipzig, G. Thieme), részben azzal a czélzattal, mint a bevezető sorokban meg is mondják, hogy a vizgyógyászatot is magába foglaló therapiás irány „a klinikák munkakörébe és tantervébe bevéteessék“. Nos, a folyóirat máris hozott dolgozatokat *Gerhardt*-tól, E. *Gravitz*-tól, *Fürbringer*-tól, *Leyden* és *Goldscheider* tanártól, a tübingai és berni belgyógyászati klinikákról és így tovább. Heidelbergben követik a kis cataniai egyetem példáját, a hol *Tomaselli* belklinikáján magam is láthattam a szép hydrotherapiás kabinetet tanulmányutam sicíliai része alkalmával. A berlini Charité-kórházban vizgyógyintézetet készülnék állítani.

Szóval, a mozgalom az úgynevezett physikalis gyógyítómódok, főleg a vízkezelés tudományos művelése terén odakünn is növekvőben van, a rationalis therapia tárházának egy sereg fontos eszközt mindjobban magáévá teszi az orvosközönség s a discreditaló kuruzslók napja leáldozóban van.

Midőn a hydrotherapia és testvértárgya, a klimatologia első semestereitől ennek lezártával beszámolni óhajtok, megemlítem, hogy már a félév kezdete előtt is voltak orvosdoktorok, a kik a vízkezelés terén magokat tájékoztatók, kijártak a Fásor-sanatoriumnak vezetésén alatt álló vizgyógyintézetébe. Közöttük volt *Gyurmán* főorvos egyik segédje, a kinek adatai révén készült azután az új szt. János-kórház belgyógyászati osztálya keretében a csinos hydrotherapiás kezelő helyiség berendezése.

Az első félév hat beírt hallgatóval köszöntött be, többnyire az V-öd évesek sorából; időközben azonban felszökött az érdeklődők száma nyolczra, egy fővárosi doktor-collegám s egy orvosnövendék révén, a ki indexéből a tárgyat collisiók miatt töröltetni volt kénytelen, az előadásokra azonban annál nagyobb szorgalommal eljár. Néhány hétig szerencsénk volt egy vidéki kártársunkhoz is, a míg t. i. a tisztí orvosi vizsgák ügyében Budapesten tartózkodott.

Miután ekként nyilvánvalóvá lett az új tárgy iránt mutatkozó érdeklődés, a fennálló körülmények között úgy véltem tanító hivatásomnak legjobban megfelelni, ha a más egyetemeken látott modus docendi-vel szakítva, az oktatást egyrészt *gyakorlati*, másrészt *szemléltető* alapra helyezem.

Minden hallgatóm *önmagán megkísérti* az összes vízkezelési eljárásokat. Egyik órán, mondjuk, beleül a gőzszekrénybe, másikon rövid hideg ülőfürdőt vesz, harmadikon skót douchet kap és így tovább. Sorra megpróbálja e szerint az egyes beavatkozásokat, lehetőleg rationalis sorrendben. A kezdet az első gyakorlati órán a legáltalánosabban használt, leggyakrabban alkalmazásra kerülő procedura, a 30° C. hőmérsékű felfürdő.

Valamennyi egy órán jelenlevő hallgató ugyanazt az eljárást kísérti meg saját testén. S közben folyton tárgyalunk az illető beavatkozás physiologiájáról is. A csoportos alkalmazás révén mindjárt alkalom kerül az individualis differentiák demonstrálására is. Rögtön láthatják, mily körültekintés szükséges a hideg czélyszerű alkalmazásához az egyén edzettségi foka, idegrendszerének állapota, hőtermelése szerint. Szemük elő tárul a hézag vasomotorikus reactio, a rosszul kipirosodó bőr a fázósabb, náthákra disponált collegán, szemben a többiek rózsaszínű öltő köztakarójával ugyanazon eljárás után.

A gyakorlati hydrotherapia-tanítást tehát korántsem abban találjuk, hogy — ámbátor ez szintén számbaveendő eredmény — a medikus alaposan megismerkedik a gyógyító-eljárások technikájával, hanem igenis abban, hogy *önmagán tapasztalja* — a mennyire ez ép embernél lehetséges — azok befolyását a szervezetre. Érti pl. a skót douche után a hideg permetezés izomerőemelő hatását abban a pompás physikai közérzetben, mely a procedura után órákig sajátja, kissé túlhajtott éjszakai tanulás után tompa fejjel ébredvén másnap, megtanulja a 3—5 percig tartó 16—20° C-os ülőfürdő elvonó hatását becsülni a hyperaemizált agyvelőtől, egyik-másiknál a bélműködés futólagos zavarai is alkalmat adnak a hideg ledörzsölést vagy az ellenkező hatású beavatkozásokat próbára tennie. Azután tapasztalásból győződhetik meg az orvoshallgató akként, hogy a nátha nem válik erősebbé, ha mellette lege artis bármely czélból vízkúráznak, hogy a tüdőcatarrhus nem contraindicálja, sőt javaslandóvá teszi a megfelelőleg végzett lepedő-ledörzsölést, hogy azokkal a nagy temperatura-contrastokkal, a mit a vizgyógyászat használ, meg-
hülni egyáltalán nem lehet, tapasztalja a téli félév egész hosszán s a nyári semester elején, hogy az év hűvös és hideg hónapjai csakúgy alkalmasak a vízzel gyógyításra, mint az az időszak, a melyben a nagy publikum is vonzódik a vízhez, mert melege van.

Sok előnye volna e szerint az említett tanításmódnak, melyet tudtommal elsőül Budapest egyetemén látunk, akkor is, ha nem helyeznénk rá annyi súlyt, hogy mindjárt közben az eljárások rövid physiologiai ismertetését is közöljük a hallgatókkal. Erősebb ércontractiot provokáló eljárásokat megelőzőleg az arc megmosását hidegvízzel végzi, mondjuk, épen két hallgató. E közben hallják a figyelmeztetést, hogy a palpebrák megnedvesítését a hideg közeggel jó ki nem hagyni, lévén a szemhéjak bőre a pia mater ereinek egyik reflex-pontja, a honnan a praeventive elérni szándékolt értonus-emelkedés a koponya üregében kiváltható. Pulsus-vizsgálat, a lélegzés megfigyelése kísérik a magyarázatot, miközben egy nedves begöngyölésben fekvő collegánkat körül-
álljuk s a halkan elmondott tapasztalati ténynek, hogy a „pakolás“ minő álmhozó eljárás, nem lehet szebb bizonyítéka, mint hogy a *Schuler*-féle experimentum jelentőségének fejtegetése közben a begöngyölés megértésére bepakolt kártársunk minden hysteriás hajlandóság nélkül is szép lassacska lehunyja szempilláit.

A mi kiegészítésre még a fejtegetés szorul, a praktikus órát nyomon követő theoretikus előadásban kapja meg a hallgató. Megismerkedik az „ad corpus“ demonstrált beavatkozás részletes physiologiájával, ható erejével kóros viszonyok közt, melyre különben egyszerű deductio útján addig már maga is rájött, úgy hogy az indicatiók felállítására, „a mikor és hogyan?“ megválaszolása felsőéves hallgatóknál nehézségbe többé nem ütközött. Egy gyógyító eljárás lényegének, physiologiai karakterének ismeréséből, ha a kórállapot pathophysiologiájára csak utalás történik, a javallottság kérdése többnyire könnyű szerrel dönthető el s így van ez a medika egyéb ágaihoz hasonlóan a hydrotherapia keretében is.

Csak hogy a vízzel gyógyítás még jövevény az orvostudomány tanító csarnokában. Most kell magát praesentálnia s az első benyomás az rendesen az életben, mely döntő. A bemutatkozásnak tehát lehető tökéletességgel kell történnie. Ezért teszi szerény törekvésemet legfőképpen, hogy az egyes eljárások legapróbb részletét is, általában a hydrotherapia minden mozzanatát az ő physiologiai igazolványával ellátva vezesse a hallgató elé. Örökös kísérletre hivatkozás, számadatok citálása volna e szerint szükséges a magyarázat közben. Hogy ez ne legyen fárasztó, megragadhasson a hallgató elméjében, könnyen utat is leljen értelméhez, voltam és vagyok azon, hogy a *graphikus ábrázolást* lehető széles alapon veszem segítségül.

Kísérleti, tapasztalati eredmények számsorai helyett színes rajzokat mutatok be hallgatóimnak s úgy látom, nem haszon nélkül. A typhus vízkezelésének tárgyalásánál pl. a következő e czélra készített graphikus táblák szerepelnek.

- I. A) Különböző hydroth. eljárások hőcsökkentő hatásai.
- B) A hőcsökkentő hatás graduálása *Liebermeister* szerint.
- C) Typhus-fürdők különböző hőmérsékletei (*Giannini-től Riess-ig*).
- II. A) A leggyakrabban észlelt fürdőokozta hőesések a hasi hagymáz egyes eseteiben.
- B) Átlagos hőcsökkenés egy fürdőre különböző fürdőelötti hőmérsékletek mellett. (A II. belklinikai tapasztalatai szerint.)
- III. A) A 0-0—2-0° C. és 2-1—4-0° C. hőesések előfordulása egy-egy fürdő után a typhus egyes eseteiben.
- B) A nap egyes szakainak szerepe a fürdőokozta hőcsökkenés nagyságát illetőleg. (A II. belklinikai tapasztalatai szerint.)
- IV. Typhusos hőmenetek sablonos ábrázolása, a vízkezelés kezdetétől kiindulól. Könnyű, közepes és súlyos eset.
- V. A typhus-vízkezelés hőcsökkentő hatásának tartóssága.
- VI. Hűvös és hideg procedurák befolyása a vér alkalinitására (*Kuthy-Strasser*).

VII. Typhusos beteg vizeletének napi mennyisége és fajsúlya. A vizelet mennyiségmenete *Tripier és Bouveret* egy könnyű typhus-esetében (közbeeső kihagyása a vízkezelésnek 24 órára s ez alatt antipyrin-defervescencia).

VIII. A typhusos anyagcserejéhez vízkúráról. A) CO₂-kiválasztás 24 óra alatt. B) A kiválasztott karbonid (CO [NH₂]₂) napi mennyiségének leszállása vízkezelés mellett. C) A hőmérsék, napi vizeletmennyiség és kiválasztott napi húgyanyagmennyiség viselkedése a vízkezelés I. és V. napján (*Dumontpallier*).

IX. A) Vízkezelés és typhusos diarrhoea. B) A typhusos testsúly-ingadozásai.

X. A) Prognostice értékesíthető-e a fürdőokozta hőesés nagysága? (Typhus-esetekben átlag leggyakoribb hőesés. Adynamiás typhus-eset nyolczadik napjának hőesései).

B) A pulsus-szám prognost. jelentősége typhusnál (*Liebermeister*).

C) Hydrotherapeutice jól kezelt typhus-esetek pulsus-számai.

XI. A) A kórházi kezelés ideje typhusnál orvosságos és vízkezelés mellett (*Jörgensen*).

B) Typhus-halálozás expectat. medicin. gyógyítás és tökéletlen fürdőztetés, korrekt hydrotherapia mellett.

A) A hasi hagymáz mortalitása a 70-es években Franciaországban, Ausztriában és Németországban.

B) *Liebermeister* statistikája, a német tábori kórházak (1870/71.) és a lyoni Hôpital de la Croix Rousse halálozási kimutatása különböző kezelésmódok mellett.

Ez csak mutatvány. Hasonlóképen lehető gonddal kidolgozott képekben kerülnek a hallgató elé a vízkezelés hatásai a harántesikolt izmokra (ergogrammok), a vasomotorikus functiókra (sphygmogrammok, sphygmomanometer-görbék, plethysmogrammok), a szív-működésre (ér-lökés-görbék), lélegző mozgásokra (pneumogrammok) és így tovább. Rajzban érzéktve adjuk a hőszabályozás viszonyait (*Maragliano-féle*

vizsgálatok), a bőr hőkiadásának módosulását feltételező faktorok szerepét, az anyagcsere változásait vizkúráról, stb.

Hasonló elbírásban részesül a *klimatologia* is. Egy rajzban pl. bemutatam a levegőhőmérséklet évi menetére hatással bíró összes fontosabb tényezőket (kisebb-nagyobb északi szélesség, kontinentalitás, tengeri melléki földréz és szigetklíma, alacsonyabb szintűen vagy magasabb nívóval való elhelyezés), egy másikon a meteorológiai tényezők ingadozását a nap 24 órájában (napi amplitúdó). Ugyanezen látható még egy tanulságos párvonal Budapest és Ajaccio égboltjának felhőzettség között. Egy harmadikon az orvosi szempontból fontos meteorológiai faktorok vannak érzékelve. E tényezők jelentkezése Magyarország egyes zónáiban (egy a legközelebbi balneológiai congressusra készült dolgozat adataiból) és így tovább.

Mindezek mellett alkalmam van látni, hogy az orvoshallgatók érdeklődése sikerrel fentartható a hydrotherapia és testvértárgya iránt. Valóban nagy szorgalommal, mondhatnám buzgósággal foglalkoznak velük s ekként a mag nem hullott terméketlen földre: a miként a budapesti egyetem orvosfacultása nem késett elismerni a külföldön legtöbb helyütt még sutban heverő disciplinát, úgy a magyar orvostanuló ifjúság is gondnal, szeretettel kezd foglalkozni vele.

S mind kevesebb lesz a Kneipp-kúra-imádó, mindinkább határozottabbá válik fellépésünk hydrotherapiái dolgokban is a közönséggel szemben, kiragadjuk lassacskán egészen az avatatlan kézből a modern gyógyítás egyik fontos eszközét.

Kuthy D. magántanár.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Lindner und Kuttner: Die Chirurgie des Magens und ihre Indicationen einschliesslich Diagnostik. Berlin, O. Enslin, 1898.

A munka szerzői, kik közül az egyik sebész, a másik pedig belgyógyász, czélul tűzték ki maguk elé kimerítő ismertetését adni azon minden gyakorló orvosra nézve fontos kérdésnek, hogy gyomorhajt adott esetben szükséges-e a műtét beavatkozása, ha igen, milyen beavatkozás a legmegfelelőbb, leginkább czélravezető és hogy az illető esetben a sebészi beavatkozástól a beteg élete érdekében, illetve a megzavart gyomorműködés javulása tekintetében mit várhatunk.

A munkát, mely körülbelül 300 lapra terjed és 12 előadás alakjában végez a tárggyal, alapos ismeret és józan kritika jellemzi. Az egyes fejezetek részletesen — néhol talán kissé túlságos részletességgel — vannak kidolgozva és mindenestre hivatva vannak nagyban hozzájárulni a gyomorbetegségek sebészi kezeléséről és főleg ennek indicióiról szóló ismeretek terjesztéséhez, a mi a szenvedő emberiségre nézve nagy előny lesz. De e mellett tudományos szempontból is hasznosnak mondhatjuk a könyvet a benne lerakott tapasztalatok egy része alapján, a melyek, illetve a belőlük levont következtetések adhatnak ugyan még okot nézeteltérések nyilvánítására, de ezek is csak előmozdíthatják a gyomorbajok műtét kezelése kérdésének tisztázását.

Tartalmánál fogva a munka egyaránt érdekelheti úgy a szakembert, mint az általános gyakorlatot űző orvost és így remélhető, hogy kedvező fogadtatásban és széleskörű elterjedésben részesülend. De reméljük egyúttal azt is, hogy e munkát követni fogják más szerzők részéről hasonló, a belgyógyászati és sebészi működésnek más-más határos részeit felölelő munkák.

II. Lapszemle.

A szembetegségek gyógyításáról sozjodol-készítményekkel ír *Chiappella* dr., a florenzi szemklinika volt tanársegédje. Szerző következő oldatokat használt: natr. sozjod. 3—6%-os oldata, zinc. sozjod. 1—5%-os oldata. Ezen oldatok edző hatása nem erős és igen tűrhető. Használta ezen kívül a sozjodol-sókat kenőcsalakban (5—25 r. natrium vagy kalium sozjod. 100 r. német, fehér vaselinre; hydragr. sozjod. 0.5—2%-os kenőcsben), továbbá poralakban is (kalium vagy zincum sozjod. tisztán vagy 1—2-szer annyi talcum venetummal keverve). A sozjodolsók hatása antiseptikus, a fény által nem bontatnak meg, nincs szaguk, fájdalmat és káros mellék- vagy utóhatást nem okoznak. Szerző alkalmazta őket *blepharitis* (blepharo-adenitis és bl. ulcerosa), *eczema palpebrar.*, *conjunctivitis acuta, chronica*, *phlyctaenulosa* és *folliculosánál*, továbbá *trachománál* is, *égetett és edzett sebéseket*, *dacryocystitis* és *könnyömlő dagognál*. Azonkívül a *cornea sebzései* és *fekélyeinél*, úgyszintén *keratitis phlyctaenulósánál* és homályainál is. Miután a hatás mindezen bántalmaknál kielégítőnek mutatkozott, szerző oda concludál, hogy a sozjodol-készítmények kiterjedtebb alkalmazásra méltók a szemtherapiában és igen kívánatosnak tartaná, hogy közleménye további kísérletekre bírja a szakférfiakat. (Centralblatt f. pract. Augenheilkunde, 1897. Supplementheft.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. február 24.

— **A fővárosi egészsége.** A fővárosi statisztikai hivatalnak 1899. február 5-dikétől 1899. február 11-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 490 gyermek, elhalt 351 személy, a születések tehát 139 esettel múltak felül a halálozásokat. — A fővárosi közközházakban ápolottak e hét elején 2583 beteg, szaporodás 951, esőkkenés 859 maradt e héten végén ápolás alatt 2675. — Nevezetesebb halálokozások voltak: croup 1, ronsoló toroklob 5, hökhurut —, kanyaró 5,

vörheny 5, himlő —, typhus abdominalis 13, gyermekágyi láz 1, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 6, agykérlob 13, agyvérömleny 9, rángások 5, szervi szívbaj 19, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörhurut 70, tüdőgümő és sorvadás 59, bélhurut és béllob 11, carcinomata et neoplasmata alia 19, méhrák 6, Bright-kór és veselob 8, angolkór 3, gürvélőkór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 25, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 9, erőszakos halálozás 15. — A fővárosi tisztifőorvosi hivatalnak 1899. február 19-dikétől február 18-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 28 (meghalt 5), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 12 (meghalt 5), vörhenyben 47 (meghalt 3), kanyaróban 184 (meghalt 6), ronsoló toroklobban és torokgyikban 21 (meghalt 5) trachomában 13, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 15 (meghalt —), orbáncban 7 (meghalt 2), gyermekágyi lázban 4 (meghalt 1).

☒ **A budapesti orvosok szövetsége** folyó évi február hó 21-dikén hat órákor rendkívüli közgyűlést tartott, mely az életbiztosítási intézetek részére végzett orvosi díjazás ügyében Flesch Nándor referatuma alapján a következő határozatot hozta: „a 10,000 forintig terjedő biztosítások vizsgálati díja legalább (e szó Mátrai Gábor dr. indítványára került a javaslatba) 5 forint; a 10,000 forintos és annál nagyobb biztosításoké 10 forint. E díjak akkor is fizetendők, ha az orvos a meghatározott időben megjelent az ajánlattevőnél, de az ajánlat visszavonása következtében a vizsgálat lehetetlenné vált. A kvalitatív vizsgálatért külön díj nem igényelhető. Minden mikroszkopos vizsgálat díja külön öt forint.” Az országos orvosszövetség igazgató tanácsa 1899. február 26-dikán fog ez ügyben határozni.

— **Egyetemi alkalmazások.** A budapesti k. m. t. egyetem orvostan tanártestületének f. é. február 21-diki VI. ülésében alkalmazást nyertek: *Pozsonyi J. Jenő* dr. díjazott gyakornok az élet- és körvegytani intézetnél állásában 1 további évre meghosszabbított. *Schmidlechner Károly* dr. díjazatlan gyakornok a gyógyszer-tanítványnál ugyanoda díjazott gyakornokká megválasztott. *Róth Vilmos és Kovács József* dr.-ok, díjazatlan gyakornokok az I. belgyógyászati kórodán, *Hudovernig Károly és Ringer Jenő Gyula* dr.-ok díjazatlan gyakornokok az ideg- és elmekórtani klinikán 1 további évre meghagyattak. *Mahr Mihály* szigorló orvos a törvényszéki orvostani intézethez, *Weisz Miksa* dr. az ideg- és elmegyógyászati klinikához, *Mészáros Elele* szigorló orvos az élettani intézethez díjazatlan gyakornokká megválasztottak.

— **Helmholtz agyveleje.** Helmholtz 73 éves korában agyvérzésben halt el, a boncolást a halál után 24 órával végezték. A koponya szimmetriás, a fedél könnyű, a dura materrel összenőtt, a varratok eltűntek, az impressiones digitatae mélyek. Az agyvelő 1700 gm. súlyú, de igen vérdús, úgy hogy valódi súlya 1440 gm. lehet. A halálos vérzés jobboldalt székelt, a dűczök elroncsolvák, épen úgy a centrum semiovale, a vér a jobb gyomrocsba betört, a gyomrocsok tagultak, az erek sclerotikusak, az ependym a plexus chor.-sal összenőtt. Az arterio-sclerosist leszámítva, senilis elváltozásnak nyoma sincs. A súlynak, mint kiderült, nincs nagy jelentősége, a legsúlyosabb agyvelő: 2200 gm. egy közönséges emberé volt, de be kell vallani, hogy a nagy szellemek agyvelője a közepsúlyt meghaladja, Cuvier agyveleje 1600 gm., Gauss-é 1492, Schubert-é 1420 gm. volt.

Helmholtz agyveleje — épen úgy, mint a Gaussé — rendkívül tagolt; különösen a homlokleányban rendkívül számosak a tekervények. Az első halántéki tekervény is rendkívül erősen kifejlődött (a hallás centruma), a praecuneus is nagyon széles. De a tekervények ezen gazdagsága is előfordul jelentéktelen emberek agyvelejeiben.

Helmholtznak fiatal korában kisköku hydrocephalus volt. Régen kiállott gyuladós folyamat maradványai tényleg felismerhetők, melyek fokozott agynyomásra vezettek (életében ájulás alakjában is jelentkezett). Különben fejének kerülete is szerfelett nagy volt testalkatához képest. (A berlini physiologiai egyesület 1899. január 13-dikán tartott ülésén előadta Hansemann, Die ophthalmologische Klinik. III. 3.)

✓ **Rátz István** dr. állatorvosi akadémiai ny. r. tanárnak ő Felsége az állatorvosi szakoktatás és szakirodalom terén szerzett érdemei elismerésül a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

— **Megjelent. Marczali Henrik** Nagy Képes Világtörténetének 13-dik és 14-dik fizete. Tartalmazza a Szargodinák történetét és az *Iráni vallás* leírását. Ára egy füzetnek 30 kr. — *Frank Ödön* dr. Évkönyv. Kiadja az Országos Közegészségi Egyesület. 1898. A kiadó egyesület mult évi történetét írja meg csinosan kiállított füzetben.

† **Breuer Mór** dr. 29 éves korában Miskolcon.
— Mai számunkhoz van mellékelve a Pearson & Co. hamburgi vasogen-gyár czég **Jod-Vasogen** czimű melléklete.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII.** Városligeti fasor 9. sz. — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt drak.* — Kivánatra prospektus.

Téli kúra
a Szt. Lukács-fürdőben
BUDAPEST.

A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

Falta dr. szem- és fül-sanatoriuma, Szeged, Laudon-utca és Mars-tér sarkán. Folytonos orvosi felügyelet, lelkiismeretes gondozás és ápolás, igen jó ellátás. Külön szobák. **Mérsékelt díjszabás.** Külön trachom-osztály. Telefon 293. Kivánatra útmutató.

Rheumatikus bajok, köszvény, neuralgiák, ischiás stb. ellen. **Nagy kényszer-izap-fürdő,** külön fürdők. Massage, gépgyógyászat. Lakás és teljes ellátás; (közepes ár 25 frt hetenként). Lift. Meghülés kizárva. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (VI. rendes ülés 1899. február 11-dikén.) 110. l. (VII. rendes ülés 1899. február 18-dikén.) 112. l. — Közkórházi orvostársulat. (I. bemutató szakülés 1899. január 11-dikén.) 113. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(VI. rendes ülés 1899. február 11-dikén.)

Elnök: Moravcsik E. Emil; jegyző: Lévai József.

(Vége.)

Mohr Mihály: Nagyon örövend, hogy ezen eset észlelés alá és itt bemutatásra került, mert eleven illusztrálása szóló mult heti előadásának. Beigazolja azon tétele igazságát, hogy a diagnózis a szemtükri lelet dönti el, mely itt azonos az összes eddig leírt esetekben talált szemlelettel és melynek illusztrációját itt újból körözi, a mely illustratio első esetük után készült.

A klinikai és központi idegrendszerbeli elváltozásokról nincs mit mondania, azt egyrészt maga kifejtette a mult héten, másrészt elmondotta bemutató. Csak annyit tart szükségesnek kiemelni, hogy a szemfenékbéli elváltozást sem az első észlelők nem tudták megmagyarázni, sem a későbbi vizsgálok nem tudtak exact vizsgálatok alapján biztos eredményre jutni a szembebeli elváltozás lényegét illetőleg.

Górcsói készítményei, melyeket mult héten az orvosegyesület előtt demonstrált, kétségtelenné teszik, hogy a symmetriás macula lutea-beli elváltozás oedema; és ez szoros és elváhatatlan összeköttetésben van az általános bántalommal. Ezen összefüggés magyarázatába nem akar újból belebozsátkozni, csak az volt célja, hogy a szemfenéki lelet döntő voltát a Sachs-féle idiotia amaurotica familiaris diagnosizására nézve újból kiemelje.

Goldzieher Vilmos: Szóló nem lehetett jelen **Mohr** multkori előadásán, a készítményeket sem látta eléggé, mégis az oedemát illetőleg külön véleményt kell nyilvánítania; a most bemutatott eset beható vizsgálata után fenn kell tartania, hogy a klinikai kép nem felel meg a macula luteabeli oedema képének, mely az embolia art. centr. retinae-nél előfordul; az oedemának sincs olyan éles határa, hanem mindig elmosódott határú.

Szóló nem talált oedemát, hanem egy sajátságos fémszínű elszínesedést.

A mi a sajátságos cseresznyeszínű foltot illeti, mely a fehér fémszerű folt középpontjában van, azt nem tudja szóló magyarázni, talán a sejtthalmazódás az oka, melyet a **Mohr** igen szép készítményein látott.

Ismételtelen kijelenti, hogy oedemát nem talál; hogy miként kell magyarázni a képet, azt nem tudja; azt hiszi, hogy talán akad majd magyarázat, melyet jobban összefüggésbe lehet hozni a klinikai lelettel, mint a macula luteabeli oedemát.

Grósz Emil: **Mohr Mihály** mult heti tanulságos előadása a szóban forgó betegség közelebbi megismeréséhez vezetett. Ha **Waren Tay** érdeme, hogy a continens észlelőit évekkel megelőzve a szemfenéki kép pontos leírását adta, ha **Sachs** még nagyobb érdeme, hogy a szembebeli a központi bántalom részjelenségeül ismerte fel, úgy **Mohr Mihály** érdeme, hogy az irodalmi adatok gondos mérlegelése és saját eseteinek pontos vizsgálata által megállapította, hogy a retina a macula lutea vidéke kivételével ép s hogy a főelváltozás e területen az oedema, mert szólót a mult héten bemutatott praeparatumok meggyőzték, miszerint a macula luteán az elváltozások lényege az oedemára szorítkozik. Elismeri, hogy a klinikai képből erre biztonsággal nem lehet következtetni s ebben osztozik **Goldzieher** felfogásában, de a histologiai kép oly meggyőző, hogy kétséget nem hagyhat. De ezzel a kérdéssel még nincs kimerítve! A legközelebbi feladat annak kiderítése, hogy milyen összefüggésben van a macula lutea elváltozása a központi súlyos bántalommal? Minthogy egy újabb eset van előttünk s minthogy a szomorú prognózis azt is kilitásba helyezi, hogy ezen eset is anatómiai vizsgálat alá kerül, érdemes e kérdéssel foglalkozni, mert az összefüggés tervszerű kutatása inkább ígér eredményt.

A macula lutea és a központi betegsége közötti összefüggésre két út képzelhető, vagy a látóideg vagy az erek a közvetítők. A látóideg közvetítése esetén nem lesz nehéz az összefüggést felderíteni, mivel a macula lutea rostjai zárt köteggé haladnak a nervus opticusban, hol a limbus mögött ventrolateralisan, a foramen opticum tájékán axialisán fekszenek, sőt a chiasmában és tractus opticusokban is ismeretes fekvésük. Ezért szóló azt ajánlja, hogy a nervus opticus és chiasma haránt illetve frontális metszeteken tanulmányoztassanak. Ugyanezen methodus a központi ér bántalmára is megbízhatóbb támpontot nyújt, mint a hosszmetset. Az eddig elért szép eredmények kiegészítésére az ebben az irányban való kutatást tisztelettel ajánlja.

Goldzieher Vilmos: Nagyon örül, hogy **Grósz** elismerte, hogy a klinikai kép absolute nem áll összhangzásban az állítólag feltalált oedemával.

Szóló nem hiszi, hogy a maculo-papillaris nyaláb vizsgálata valamit felderítene; ha **Grósz** megnézte a szemtükri képet, akkor azt fogja látni, hogy a papilla teljesen ép, annak határai teljesen élesek, az edények is épek, tehát nem lehet feltenni, hogy a papillo-macularis rostnyalábban elváltozások lesznek; de ajánlja szóló, hogyha lehetséges,

iniciálják a szem edényeit, mert lehetséges, hogy a macula lutea felé törekedő edényhálóban van elváltozás, mert van egy megbetegedés a szem pathológiájában, mely eddig nincs jól leírva, az ú. n. Hutchinson-féle retinitis circinnata, melynél a retina centralis edényeinek hálózata atheromatosus; lehet, hogy a szóban forgó esetben is edény degeneratio az oka a maculakörüli elváltozásnak.

Grósz Emil: Szavainak helyes értelmezése czimén kér szót. **Goldzieher** arra hivatkozott, hogy szóló szerint is a klinikai kép absolute ellene szól az oedemának, holott szóló csak annyit említett, hogy a klinikai képből nem lehet az oedemára biztonsággal következtetni, de a histologiai kép nem hagy fenn kétséget. Tekintettel arra, hogy azon kevés anatómiai vizsgálat, mely eddig ismeretes, oedemát derített ki, ezen tényt mellőzni nem lehet! A mi a papillo-macularis rostokra való gondolatot illeti, az annál jogosultabb, mivel a folyamat, mint azt észlelték, az, hogy kezdetben a szemfenék ép, később keletkezik a macula lutea elváltozása, melyhez a papilla decoloratioja, később annak atrophijája csatlakozik, sőt adott esetben **Grósz Gyula** említette, hogy az egyik papillán a decoloratio már látszik. Hogy azonban az összefüggés melyik módja van tényleg jelen, azt majda vizsgálat deríti ki s szólónak egyedüli célja csak az volt, hogy a vizsgálat tervszerűsége érdekében az irány megjelölését megkísérleje.

Mohr Mihály: Nagyon sajnálja, hogy **Goldzieher** nem nézte meg jobban készítményeit, mert akkor osztotta volna szóló nézetét az oedemáról. Azok a pikrinrel sárgára festett szemcsék a Henle-féle rost-réteg üregeiben, az a külső molecularis-réteg, csap- és pálczikaréteg és festékhám feláztatása által képezett szövettörmelék a macula lutea táján a fovea centralis alatt kétségtelen jelei az oedemának. Az eddig történt vizsgálatokról, melyek oedemára utalnak szintén, pontos közlések nincsenek, úgy hogy az ez irányú vizsgálatok tekintetében szóló eredményei mértékadók. **Goldzieher** tanárral szemben tehát fentartja nézetét, hogy itt oedema van, ha ez **Goldzieher** szerint nem is congruálna a klinikai képpel.

Epidermolysis bullosával, consecutiv atrophíával, körömd degeneratioval stb. járó bőrelváltozások két esete.

Róna Sámuel: 1. B. M. 10 éves, eseléd leánya, folyó évi január 4-dikén jött az osztályára scabies miatt. A scabiesen kívül volt egy másik régi bőrbaja is. Miután anyja is bőrbajos volt, azt is felvettette. Ez utóbbi azt állítja, hogy leányának már születésekor kez- és lábátán a bőre oly ránczos volt, mint mikor valaki sokat mos. Mikor 1 1/2 éves lett, s járnai kezdett és térdelt, a lába hátán krajczárnyi és kisebb tiszta savóval és vérrrel telt hólyagok jöttek: ezek helye gyógyulásuk után kékes maradt; néha egy térdreás után a térdéről a bőr (hámréteg) mint a „főtt krumpli héja” jött le. Hasonló módon, ha elesett vagy odaütötte magát valahová, vagy horzsolás után, hólyagok keletkeztek a felső végtagokon, sőt tenyereiben is. Nyakán, fején — a mióta felnőtt — mindig kiütései vannak. A hát közepén egy kis területen, a hol a ruharánczok ülnek, nagyon sokszor jöttek a hólyagok maguktól, hasonlóképen a farpofákon ülés után, úgy hogy iskolába is alig járhatott miattuk. Körmei mindjárt születése után hullani kezdtek, és azóta többször kinőttek meg kihullottak, de az új körömök mindig rendetlen formában nőttek. Bal mutatóujján a rég leesett köröm egyáltalán nem jött vissza. Csak a mult nyár óta vannak kiütések a törzs nagy részén is. Viszketése az egész bőrén szintén csak mult nyár óta van, és csakis éjjel. (Valószínűleg akkor kezdődött scabiese.) A leánya egyetlen gyermek — vadházasságból eredt —, de apjának nem volt bőrbaja. A gyermek különben mindig egészséges, jó étvágya, rendes széke van.

Jelen állapot. A gyengén fejlett, halvány, sovány beteg fejbőrén, tarkóján, nyakán varos felrakódás hyperaemiás alapon, helyenként nedvezés. Pediculi capitis. Az egész bőrön, kivéve a hónaljat, vakarási csikoknak megfelelő, sűrűn elhelyezett, pikkelyekkel borított vörös göbcsék vagy sárgás vagy véres varral fődött excoariatiók és ezek csoportosulásából származó kisebb-nagyobb plaque-ok. A gerincoszlop mentén (a lapoczek alsó vonalától kezdve) az ágyéktáján háromszög alakú, halvány-kékcsővörös, különböző fokban atrophias, harántul sűrűn ránczolt bőrrészlet, helyenként varral, pikkelyekkel fedve. A kéztők hajlító felületein, a tenyereken atkamenetek, excoariatiók, eczematisatio. Mindkét felkar feszítő felületein a bőr nagy területeken kékes-vörös, helyenként beszűrődött, helyenként erősen ránczolt, atrophias, itt-ott pikkelyes. A jobb felkaron, az oltás helyén hasonló terület, mérsékelten kiemelkedő hegcsikkokkal. Mindkét alkar feszítő oldalán, a könyökcsúcsokon 4—5 cm.-nyi szélességben a bőr hasonlóképen elváltozott, legnagyobb fokban a könyökcsúcsok felett. Ugyanitt lenesényi—körömnnyi, savós vagy fehéres-sárgás, vagy vörhenyes, vékony fedelfő hólyagok, vagy ezek nyomán varral borított excoariatiók. A karokon, főleg a beteg területek széléin miliamszerű (epidermialis cysták) képletek; ezek legsűrűbben a kéztők felett és a kezek háti felületén láthatók, és 3—15—20-as csoportból álló plaque-okat képeznek. A kezujjak háti felületén az egyes izületek felett halványkék atrophias helyek. A bal mutatóujj körme teljesen hiányzik; mindkét hüvelykujj körme megvastagodott, piszkos-szürkés. A karok hajlító felületein elszórtan apró livid atrophias területek.

tek; a jobb alkar alsó harmadán egy lenesényi vörhenyes hólyag. Mindkét farpofán két félfüllényi területen a bőr szürkés-kékes, atrophias, ránczott, helyenként körömfényi hólyagokkal, varokkal, pikkelyekkel. A czombok külső felületén apróbb göcsök mellett tenyéri, hasonlóan elváltozott területek. A térdeken és alszárak mellső felületén, a lábak háti felületén a felső végtagokéhoz hasonló elváltozások hólyagokkal, miliumokkal. Az összes lábujjkörmök megvastagodtak, sárgák, fénytelenek, csorbultak. Talpak épek. A kemény szájpardon kölesnyi-leneseényi, fehéres vagy halványvörös, kerekded vagy csikyszerű, kissé kiemelkedő göcsök. Mellkasi szervek épek. Vizelet rendes alkatrészeket mutat. Az idegrendszernek *Korányi Sándor* tanár által eszközölt vizsgálatából az összes inreflexek nagymértékben fokozódása derült ki. A gyermek igen értelmes.

2. B. E., 32 éves hajadon cseléd — előbbi anyja — folyó évi január 12-dikén jött az osztályra. A mióta emlékszik, könyökén, térdén, nyakán, bokáin, kezein a bőr helyenként elváltozott. Körmei mindig hiányosak voltak és anyja állítása szerint már így született. Ő maga azt vette észre, hogyha térdel, néhány perc múlva már véres vagy savós hólyag keletkezik a térdén. Hasonlóan hólyag keletkezik a bokáin, ha azokat megüti vagy megvakarja. Néha szája padlásán is hólyagok jelentkeznek; családijában hasonló bajról nem tud. Anyja mellbajos volt, de bőrbaja nem volt. Apja erőteljes, egészséges ember volt. Egy fítestvére állítólag egészséges; egy, a ki enuresisben szenvedett és mindig gyenge volt: 17 éves korban halt el. Ő maga csak a fent ismertetett leánykát szülte.

Jelen állapot. Ennél is atkamenetek a kéztökön, tenyerekben és eezemés laesiok a scabies szokványos helyein. Ezenkívül a hajzatos fejbőrön, a tarkón, a nyakon egészen hasonló laesiok, mint azt a leánykánál leirtuk. Szintén pediculi capitis. Az egész törzs bőre kölesnyi egész tallérnyi, fehér színűk által feltűnő atrophias és hegyszerű foltok által sűrűn ellepett. Egy nagyobb hasonló göcz az ágyéktájon, kisebbek elszórtan a felkarokon. Mindkét könyök és térd felett, az ülgumók táján, egészen hasonló elváltozások, mint a kis leány megfelelő regioin. A kézujjkörmök vagy teljesen hiányosnak, vagy csak durványos részletek vannak meg, vagy tetemesen megvastagodtak, fénytelenek. Hegyszerű, atrophias foltok a czombokon; nagyobb hegek az alszárakon. Mindkét lábháton a bőr diffuse atrophias. A lábujjkörmök részben hiányoznak, részben durványosan fejlődtek. Mellkasi szervek épek. Vizelet rendellenes alkatrészeket nem rejt. Étvágy jó, szék rendes. Az idegrendszer vizsgálata (*Korányi Sándor* tanár által) kiváltképp a patellaris reflexek fokozódását mutatta ki. Az intelligentia kifogástalan.

Ezen két esetben igen ritka kóralakkal van dolgunk, mely különböző autorok által különböző neveket alatt ismertetik és végleges etiquettirozása és classisba sorozása még függőben van. Az első esetek közlését az angol irodalomban találjuk. *Tilbury Fox* (1879) két (tesvér) esetet közölt „Congenital Ulceration of the skin with Pemphigus eruption and arrest of Development generally” cím alatt, majd *Payne* (1882) egy, *Wickham Legg* (1883) két (tesvér) esetet „Cases of congenital Pemphigus persistent from Birth” cím alatt, ismét *Payne* 2 esetet (1884, 1886) „Traumatic bullous affection resembling Pemphigus” címmel közölt. Csak ezután és az angol esetek ismerete nélkül közöltek francia autorok is egyes eseteket. *Vidal* (1889) „Lésions trophiques d'origine congenitale à marche progressive”, *Hallopeau* (1890) „Dermatite bulleuse infantile avec cicatrices indélébiles et kystes epidermiques”, *Besnier* (1890) „Ichthyose à poussées bulleuses” név alatt ismertették ezeket.

Megannyi felsorolt esetekben születés vagy korai gyermekkor óta savós vagy véres-savós hólyagok keletkeztek a test legkülönbözőbb részein, de leginkább a végtagokon és mindig csak traumára; egyes esetekben a szájról és garat nyálkahártyáján is. Az esetek nagyobb számánál a bullák vagy sérülések nyomán coriuminfiltratio, majd különböző fokú bőratrophias és hegek — tehát mélyreható, elváltozások — is keletkeztek. Valamennyinél (egy 6 hónapos csecsemőt kivéve) a traumás laesiok nyomán a körmök különböző számban és mértékben szenvedtek: dystrophiasak lettek, degeneráltak vagy teljesen lehullottak. Az esetek egy részénél (a francia eseteknél és az enyémeknél) a traumás laesiok nyomán mulékony epidermalis cysták (szarúsejt-tartalommal) is keletkeztek.

A laesiok symmetriásak voltak. A betegség e mellett exquisite chronicus volt; több ízben testvéreket, vagy szülőt és gyermeket illetett, de viszont egész sorozatban a szülők és több testvér teljesen egészségesek voltak.

A közérzet sohasem volt súlyosabban érintve; gyógyszerelés nem befolyásolta a bajt.

A német irodalomban 1892-ben *Herzfeld* ismerteti megint, a fenti esetek ismerete nélkül, az első idevágó észleletet. Ő volt az első, a ki e különböző nevekkkel illetett sajátserű tünetcsoportot a *Goldscheider* (1882), majd *Valentin* (1885), *Köbner* (1886), *Banainti* (1890), *Lesser* (1891) és főleg *Blumer* (1892) közlése óta általánosan jól ismert „epidermolysis bullosa hereditaria”-val azonosítja. *Hoffmann* (1895) is hasonló esetet közöl „Hereditäre Neigung zur traumatischen Blasenbildung” cím alatt. Visszont *Hallopeau* (1896) második esetét közölve, kijelenti, hogy ezen kóralaknak az epidermolysis hereditariahoz semmi köze sincs.

1897-ben *Wallace Beatty* összevonva mindkét alak egész irodalmát, ezt, valamint saját három esete közlését ismét epidermolysis bullosa etiquette alatt teszi. Ugyancsak 1897-ben *Török Lajos* kártársunk közölve tiszta egyszerű epidermolysis bullosa eseteket, nem tartja helyénlevőnek ezeket a fennebb szóban forgottal egy sorba állítani.

Végül 1898. augusztus havában ismét *Hallopeau* ír egy cikket a szóbanforgó kérdésről „Sur le dermatose bulleuse hereditaire et

traumatique” cím alatt és teljesen megmászva 1896-beli esetét, a két kóralakot egy betegség különböző formájának nyilvánítja. (1. forme bulleuse simple, 2. forme bulleuse dystrophique, 3. forme fruste.)

Nézzük, hol van itt az igazság?

A tiszta epidermolysis hereditaria *Blumer* szerint rendszeren (de nem mindig) öröklött, vagy congenitalis baj. A legtöbb esetben az első jelenségek a kora gyermekéskor esnek. A jelenségek traumára és főleg nyáron lépnek fel, és pedig nemcsak a bőrön, hanem a szájról nyálkahártyán is. E jelenségek futólagos, gyorsan és nyomtalanul gyógyuló savós vagy véres-savós bullákból állnak. Ezek keletkezésére *Blumer* egy dysplasia vasorumot vesz fel és az epidermolysist angiopathiának és a haemophilia egy rudimentalis alakjának tartja. A betegség egész lefolyásában egyhangú; mindig csak futólagos traumára keletkező hólyagok és semmi más. A közérzet nem zavart. A baj nem gyógyul sem spontán, sem gyógykezelésre.

Összehasonlítva most már a két bántalmat, azt találjuk, hogy közös vonás mindkettőnél a születés vagy gyermekkor óta fennálló hajlam traumás epidermolysisra; hogy az epidermolysis főleg a végtagokon, de a test legkülönbözőbb részein is, továbbá a szájról nyálkahártyán lép fel; hogy mindkét bántalom testvéreket, vagy szülőket és azok gyermekeit illet; hogy mindkét bántalom olyformán chronicus jellegű, miszerint mindkettő gyógyíthatatlan és hogy mindkettőnél a közérzet intact. Ezentúl semmi közös vonás sincs közöttük.

A tiszta egyszerű epidermolysisnek eddig egyetlen esetében sem észlelték a bullák vagy sérülések nyomán keletkező tartós coriuminfiltratiót vagy consecutív atrophiat vagy hegeket; egyetlen esetben sem észlelték a körmök dystrophiasát stb., valamint a miliumszerű szarúcystákat.

Tehát a míg egyrészt nem lehet elzárkózni a két kórtypus sok vonásbani hasonlatossága elől, másrészt oly praegnans klinikai differenciák állanak fenn közöttük, hogy elhamarkodottnak véli bemutatni a két bántalmat már ma egy és ugyanazon eredetű folyamatnak deklarálni. Különösen hiányzik az eddigi kórrajzokban az összekötő kapocs, azaz: a tiszta simplex epidermolysist mutató családok egyik-másik tagjánál a trophikus zavarok észlelete.

Szólok — a mint azt a bemutatása bejelentése is mutatja — nem meri az általa bemutatott eseteket az epidermolysis-esetekhez sorolni, és várakozó álláspontot foglal el.

Török Lajos: A Róna által bemutatott igen érdekes és ritka esetek pendantjaiképpen szólok a tiszta epidermolysis hereditaria bullosa néhány esetét mutatja be.

Szólok — szintén ritkaságszámba menő — esetei tiszta esetek voltak, azaz egy család négy generációjában számos családtagnál hólyagok jöttek létre, ha a bőr hosszabb ideig mérsékelt erőművi ingernek volt kitéve. A hólyagképződés éveken, sokszor az egész életen át mutatkozott. A hólyagok képződését hyperaemia és oedema előzte meg. A hosszú fennállás alatt semmi mélyebb elváltozás (körömdgeneratio, atrophia, hámlás, stb.) nem jött létre. Szólok a következő véleményem alkotta magának ezen esetekről. Meggondolta azt, hogy erősebb erőművi ingerek által a normalis bőrön is hozhatók létre hólyagok. Így pl. az evezésnél, vagy szűk, rossz cipők nyomása által. Ezen tiszta epidermolysis-esetek tehát egy normalis mechanismus utánzatai, azzal a különbséggel, hogy már csekélyebb erőművi ingerek, jól illő cipők vagy harisnyakötők, nadrágtartók nyomása is elegendő a hólyagok létrehozására. Tekintetbe véve már most még azt is, hogy *Bonainti* s szólok saját vizsgálatait, ellentétben *Elliabéval*, kiderítették, hogy a hólyagok itt egyszerű elemelődesi hólyagok, tekintetbe véve továbbá a hólyagok fejlődését többnyire megelőző hyperaemiát és oedemat, valamint az edények fokozott ingerlékenységét, a mely némely esetben kimutatható volt, arra a következtetésre jutott, hogy ezen esetekben nem a hámréteg, hanem a bőr véredény-rendszere van megbetegedve. Az utóbbi könnyebben reagál erőművi ingerekre, tágul és savót bocsát ki magából, az epidermis a kiáramló savó által egészében vagy részleteiben (szarúsejt) leválasztatik a mélyebb rétegekről s így létre jön a hólyag. De ha a tiszta epidermolysis hereditaria bullosa eseteket illetőleg ezen álláspontot helyezzükünk, akkor lehetetlen ezeket a *Vidal*, *Hallopeau* és *Besnier* által leirtakkal egy csoportba helyezni. Az egyik esetben úgyiszlóval functionalis zavarokról van szó, melyek következtében felületes, mulékony elváltozások jönnek létre, a másik esetben mély, állandó elváltozásokról. Egyébként tisztán klinikus okok is elegendők a különválasztásra s innen van az, hogy *Besnier*, a ki pedig ismerte *Köbner*, *Valentin* stb. tiszta eseteit: „Ichthyose à poussées bulleuses”-nek nevezi a hámlással, körömelváltozásokkal járó eseteket. *Brocq* is külön tárgyalja.

A kétféle folyamat közötti rokonság bizonyítására a következő két körülmény hozható fel: 1. az öröklékenység, a mely mind a két betegségnél constatálható. Nem akar e helyen az átöröklés részletesebb taglalásába becsúszni, bár az alkalom igen kínálkozó volna. De az csakugyan első tekintetre is könnyen belátható, hogy különbséget kell tennünk egy oly folyamat között, a melynél az összes tünetmények az edények káros izgékonyaságából folynak és mulékonyak, és egy oly folyamat között, a mely e mellett még mély és maradandó elváltozásokkal jár. Az öröklékenység közös vonása még nem hozza az ennyire különböző folyamatokat egymáshoz közelebb. Felhozható még mint közös vonás 2., hogy a mi mind a két esetben átöröklődik, az a hólyagképződés. Ezzel szemben azonban meg kell fontolnunk, hogy bizonyos nem jellegzetes elváltozások jelenléte különböző folyamatoknál nem bizonyíthatja azok identitását. A leemelődési hólyag tulajdonképpen csak azt jelenti, hogy savó nyomult az epidermisbe. Ez a tünetény nagyon különböző természetű bajoknál egyaránt fordulhat elő. Ezek szerint jelentősége a mellette mutatkozó fontosabb és jellegzetesebb tünetmények mellett

(atrophia, hámlás, hámsejttömlők) egészen a háttérbe szorul. A két folyamat között tehát csak annyi a hasonlatosság, hogy a bőr véredényeinek izgónysága s az ebből folyó hólyagképződés mind a kettőnél megvan, de a tiszta epidermolysis-eseteknél egyébként normalis bőrön van jelen, míg a többi esetekben mélyebben megbetegedett bőrön jelentkeznek.

Mindezek alapján fenn kell tartania már régebben — egy közleményében — nyilvánított véleményét; azt hiszi, hogy egész határozottan külön kell választanunk e két folyamatot egymástól.

Róna Sámuel: Megjegyzé, hogy az ő álláspontja egyelőre óvatosabb.

a) Heges gégeösszenövés operált és gyógyult esete. b) Idegen test a gégeben; complicált lefolyás, gyógyulás.

Bókay János: Már 1897-ben, a moszkvai congressus gyermekgyógyászati szakosztályában tartott előadásában reámutatott arra, hogy az O'Dwyer-féle eljárás nemcsak az acut gége-stenosisok (diphtheritis laryngis) kezelésénél bir rendkívüli gyakorlati jelentőséggel, hanem kiváló eredményeket nyújt a chronikus szűkületek operatív kezelésénél is. Ezen előadásában különösen kiemelte az intubatio nagy hasznát a decanulement nehézségeknél. A bemutatandó első eset az intubatio ezen irányú hasznát demonstrálja újból.

A 8 éves fiút elmúlt évi október 20-dikán hozták a kórházba, azon körelőzményi adattal, hogy a beteg 10 nap előtt csirkeesontot aspirált s azóta fuladási tünetek észlelhetők nála. A stenosis oly súlyos volt a felvétel alkalmával, hogy azonnal szükséges volt a műtői beavatkozás. Miután a szájfürön keresztül végzett palpationál az idegen testet beékelődve találta a hangrésben, görbített fogóval hatolt a gégebe s a csontot sikerült extrahálnia onnan. Az idegen test eltávolítása azonban a fuladási tüneteket csak kevésbé enyhítette s még aznap délután légesömettsézt kellett végeznie az életveszély megszüntetése czéljából. A tracheotomia után a légzés teljesen felszabadult, midőn azonban néhány nap múlva a canul eltávolítását akarta megkísérteni, kitűnt, hogy laryng. subglott. gátolja a decanulement-t. Miután a canule végleges eltávolítása még a 81-dik napon sem sikerült, elhatározta magát a methodikus intubatoria. Január 9-dikén végezte az első intubatiót s január 23-dikán már odajutott, hogy zárt trachealis sipoly mellett 2 óra hosszat bírt a beteg tubus nélkül szabadon légezni; január 25-dikén már 12 óra hosszat maradhatott a beteg tubus nélkül s 27-dikén végleg extubálható volt a fiú.

A fiú ezek szerint összesen 18 napig hordta a tubust, vagyis a tubus fekvési tartama körülbelül 408 órát tett ki. A fiút, mint teljesen gyógyultat mutatja be.

Második esete szintén intubatio gyakorlatából van véve. A fueska 2½ éves korában 1898. elején került hozzá a kórházba. Körülbelül 1 év előtt morbilli után fejlődött croup miatt egyik fővárosi kórházban nála intubatio végeztetett (200 órai intubatio), mely után felfekvési fekélyzödések miatt légesömettsézt kellett végeznie. A gyermeknél a légesömettsés után a cricoidalis-gyűrűnek megfelelőleg a gége teljes heges összenövése fejlődött ki s a beteget ily állapotban (canule-lel) vette fel az intézetbe. 1898. február 16-dikán a heges összenövés felszabadítása czéljából partialis laryngofissiot végeztet s miután a heges diaphragmát átmetszette, tubust helyezett a szájon keresztül a gége, illetve légesöbe, azon czélzattal, hogy a tubus nyomás által a heges szűkületet megszüntesse. A methodikus intubatio már márczius végével annyi eredményt mutatott fel, hogy a gyermek zárt trachealis sebbel 7—8 órán keresztül tubus nélkül légzhetett. Május 11-dikén már 32 óráig bírta az extubatiót s augusztus 5-dikén végleg volt extubálható. A gyermek jelenleg teljesen egészséges, szabadon lélegzik, hangját visszanyerte. Miután a végleges extubatio óta hónapok multak el, kétségtelennek tartja azt, hogy a strictura újból kifejlődni nem fog. A beteg a methodikus intubatio előtt 281 napig hordta canulejét s a methodikus intubatio 160 napot vett igénybe, vagyis a tubus fekvési tartama majdnem 4000 órát tett ki.

Alapy Henrik: Hasonló esetről referál, melyben a heges gégeszűkület okát ugyancsak diphtheritis folyamán támadt decubitus képezte. Az öt éves fiút nemcsak extubálni nem lehetett, hanem utóbb már oly nehezen lehetett bevezetni a tubust, s a gyermek ez utóbbit oly gyakran kiköbögte, hogy a fuladás veszélye folytán végezte rajta Alapy a secundaer légesömettsézt 1897 végén. A gége a műtét után hosszabb ideig nem intubáltatván, később nemcsak a tubus, hanem a legfinomabb sondák számára is átjárhatatlannak bizonyult, miért is 1898 tavaszán laryngofissio végeztetett, mely alkalommal a szűkületet okozó heget átmetszette s a tracheotomia sebéből a gégen, a garaton és orron át selyemfonalat vezetett, melynek két végét kívül összekötötte. E fonál segítségével azután heteken át időszakos fokozatos tágitást végzett Philipps-féle selyem bougiekkal. Dacára annak, hogy még a 23 charriere számú — tehát igen vastag — műszer is könnyen át volt vezetendő, a tágitásnak eredménye nem volt, a gyermek a külső nyílás elzárása mellett a gégen át csak nehezen, így is csak rövid ideig tudott lélegzeni.

Ez okból 1898. júniusban második laryngofissiot hajtott végre igen mély narcosisban, tampon-canule-lel és lelőgő fejtartásban. A gyűrűporoz magasságában ülő tömött heget teljesen kimetszette, úgy hogy a porczok szabadon feküdtek egy legalább egy cm. magasságú helyen, körkörösén. E helyen a nyálkahártyának nemcsak nyoma sem maradt, hanem a nyálkahártya a seb felett és alatt oly szorosan volt — az előremet lob folytán — a porczhoz kapaszkodva, hogy lehetetlennek kellett tartani, miszerint az a sebfelületre ráhúzódnak. Hogy a szűkület recidivájának megis elejét vegye, felszólalt követve azt az eljárást, melyet Gersuny egyetlen esetben alkalmazott, a czomb belfelületéről vett Thiersch-lebenyt illettett át a gége sebébe.

A lebenyt, sebfelületével kifelé fordítva, egy a gége ürterének megfelelő jodoformgaze-henger körül csavarta, s a hengert a gégebe pontosan beillesztve, ezt két ideiglenes varrattal elzárta. Midőn egy hét múlva a gége feltáratott, a lebeny a seb egész terjedelmében oda volt növe, mire a gége sebe végleg elzáratván, p. p. gyógyult.

Az alsó tracheotomia sebének elzárására még valószínűleg csont-hártyalebeny átültetésére lesz szükség, és az állangszalagokon utólag támadt most már kisebbedő duzzanat az intubálást némileg megnehezíti, de a régi szűkület helyén a tubus semmi akadályra nem talál, a gyermek a sipoly légmentes betapasztása mellett órákon át szabadon lélegzik és hangképződés is kezd mutatkozni. E szerint a gégeszűkületnek transplantatioval végzett gyógyítása teljesen sikerült.

Előítéletek, népszokások és babonás eljárások a terhesség, szülés és gyermekágy körül Magyarországon.

Temesváry Rezső: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük).

(VII. rendes ülés 1899. február hó 18-dikán.)

Elnök: **Genersich Antal**; jegyző: **Dieballa Géza**.

Temesváry Rezső: Előítéletek, népszokások és babonás eljárások a terhesség, szülés és gyermekágy körül Magyarországon. (Folytatás.)

Tauffer Vilmos: Az utóbbi időben hazánk bábauigyi viszonyait feltűnő munkát állított össze, miután a belügyministerium illetékes szakosztálya ezen viszonyokat tanulmány tárgyává tette.

Az összeállított statisztikai adatokból kitűnt, hogy nálunk 9117 olyan község van hat millió lakossal, hol semmiféle képzettségű bábá sines, hanem a hol a szülés és gyermekágy körüli eljárásban a nomád népeknél szokásos viszonyok vannak.

Igen érdekesek a megyei tisztii főorvosok megjegyzései, melyeket a statistika összeállításánál tesznek; hangsúlyozzák, hogy főtörékvésük az egészségügy érdekében a szülés körüli eljárás javításában és az újszülöttek ápolásában áll.

Előadó igen szépen világította meg ezen oldalról a kérdést, hogy mi mindenféle hátrány és veszedelem rejlik a népszokásokban; ezen adatokból beláthatják az egészségügyben elhatározó tényezők, hogy ezen ügyben tenni kell végre valamit.

Lupus conjunctivae.

Goldzieher Vilmos: A 28 éves asszony 15 év óta lupus vulgaris facieiben szenved és számos kezelésen és operation ment keresztül. Négy hét óta bemutató kezelése alatt áll. Az arczbőr számos lupusos gócot mutat, a homlokon több finom heg van, melyek előremet plastikai műtétektől származnak. Az orr félig el van ronesolva. A bal szem teljesen ép; a jobb szem felső szemhéja tetemesen megvastagodott, a bőre pirosabb a rendesnél, különben ép. Kifordításkor látjuk, hogy a tarsalis kötőhártya óriásilag infiltrálva van, a felszíne tele van papillaris kinövésekkel, melyek egyes helyeken hegyes condylomákként emelkednek ki. A conjunctiva elváltozása a trachoma papillare legmagasabb fokához teljesen hasonlít. A conjunctiva bulbi ép, az alsó szemhéj conjunctivája csak iniciálva vastagabb, kinövésekkel vagy follicularis góczokkal azonban nem bír. A cornea csak a felső limbus mellett mutat rendetlen erezést. A felső ajk nyálkahártyáján szintén egy condylomaszerű kinövésekkel bíró infiltrált csomó van.

A kötőhártya elváltozása kétségtelenül lupus. Kimetszett nagyobb szövetdarabok gócsövü vizsgálata a következő képet derítette ki. Epithelium meglehetősen ép, közvetlenül alatta kezdődik egy sűrű sarjadzás, melyben számos nyirok- és véredény van; azonban óriási sejteket, egyáltalában gümös szerkezetű góczokat nem találunk. A gümöbacillusra való vizsgálat még nincsen befejezve. A szemhéjbántalom tehát, a mi a szövettani jellegét illeti, a granulatio daganatokhoz tartozik és kétségtelenül azon szövetburjánzással van összeköttetésben, mely az orrüregben létezik és mely a könnyutak mentén a conjunctivalis tractusra folytatódott. A structura teljesen megegyezik azon kötőhártyai follicularis és papillaris burjánzásokkal, melyeket lymphomatosisnál klinice leírt és kórszövettanilag tanulmányozott.

A lupus conjunctivae meglehetősen ritka és ha előfordul, rendszeren más kinézése van, mint a bemutatott esetben. A tankönyvek ugyanis azt mondják, hogy a lupusos fekély a szemhéjszélen átmegy a conjunctivára és itten a gümös fekélyek módjára továbbterjed. A mi esetünkben nem fekély, hanem burjánzó túltengés van jelen. A lupusos elváltozás ilyenképeni fellépése azonban nem teljesen ismeretlen, mivel Sattler 1894-ben hasonló eseteket említett.

A therapiát illetőleg óvakodik szólni ilyen stadiumban minden beható sebészeti kezeléstől, mely meggyőződése szerint csak árthatna, hanem arra szorítkozik, hogy finom jodoformport hint rá a kötőhártyára, mi által tetemes subjectiv javulás állott be.

Súlyos szemfenéki elváltozásokkal járó legnagyobb fokú myopia miatt operált egyén.

Goldzieher Vilmos: A 20 éves parasztleány nagyfokú rövidlátása következtében munkaképtelen lett. A myopia ugyanis 14 dioptriás mind a két szemén, $V = \frac{5}{30}$? azonkívül igen kiterjedt chorioretinitikus elváltozások vannak a macula lutea körül, kisebb vérzésekkel. A bal szem állapota rosszabb volt, mint a jobb szemé. Ismert indicatiók szerint a bal szemet operálta. Folyó év január 4-dikén történt a lencse discissioja; három nap múlva az első punctio, január 17-dikén a második

punctio, minek utána a pupilla majdnem fekete lett. Utóhályog nem képződött, úgy, hogy egy végleges discissio, ép úgy, mint előadó legtöbb esetében, szükséges nem volt. Négy heti kórházi tartózkodás után a beteg kitünő látéssal hagytá el az osztályt. Szabad szemmel $V = \frac{5}{30}$, $+2$ D-val $V = \frac{5}{15} = \frac{5}{12}$, $+6$ D-val Jäger III-at folyékonyan olvas. A beteg tehát teljesen munkaképes, sőt szokásos foglalkozására szemüveget nélkülözhet, mert a nélkül is a távolba eleget lát. Igen jellemző, hogy a szemfenék állapota a kórházi tartózkodás alatt szépen javult, különösen a vérzések felszívódtak, a minek valószínűleg a sötétkúra és a szem alapos kiméltése az oka.

A myopiás operatio indicatioinak tárgyalására nem terjeszkedik ki, azok minden, az irodalommal foglalkozó orvos előtt ismeretesek, csak az operatio módjáról szándékozik egy pár megjegyzést tenni, mert ez a kérdés actualis. Sattler ugyanis az utolsó szemészeti congressuson egy módszert ajánl, mely az átlátszó lencse eltávolításában áll, míg eddig majdnem kivétel nélkül a lencsediscissio és punctio gyakoroltatott. Sattler a Weber-féle homorú lándzsát használja, egy 8 mm.-nyi metszést ejt s lehetőleg az egész lencsét egyszerre eltávolítja. Szóló ezt a módszert sokkal veszélyesebbnek tartja, mint a régit és azt hiszi, hogy ez az eljárás, melyet szóló eseteiben követ, olyan kiméltetes, hogy ügyes műtőt és gondos utókezelést feltéve, veszély egyáltalában nincs. A lencse mellő rétegeit szélesen átvágja, de óvakodik a lencsét luxálni vagy a műszerrel az üvegtestbe hatolni. Egy pár nap múlva a puffadás már olyan nagy, hogy a lencsetömegek legnagyobb részét egy 4 mm.-nyi lándzsa-seben át ki lehet üríteni; legfeljebb csak egy punctio szükséges még. Eddig a legjobb sikerekről számolhat be, s már olyan betegek állanak észlelése alatt, a kik öt év óta operálva vannak, a végleges eredmény tehát kitünőnek mondható.

Feuer Náthán: 1894-ben a közkegyházi orvostársulatban szóló is bemutatott egy lupus conjunctivae esetet, mely egészen más képet nyújtott, mint a mai: mert ott a tarsalis conjunctiva volt csak bársorosan fellapulva és érdes és a felső szemhéjről draperia alakú, kis hártya duplicatum csingított le, mindkettő csúcsban végződve, a mellett az alsó szemhéjon a belső zúgban ült egy-két csomócska. Akkor a diagnosist határozottan lupusra nem tehetette, csak valószínűnek mondta; lupus volt az orrban. Később **Justus** a lemetezett hártát megvizsgálta s a vizsgálat tényleg lupust derített ki; a levágott draperia-alapját galvanocauterrel megégette és az szépen meggyógyult, a megvastagodott porcz-kötőhártá rendessé vált; az alsó szemhéjon levő csomócskát is leégette.

Feltűnő, hogy a lupus conjunctivae olyan ritka. A szt. István-kórház bőrbeteg-osztályának rendkívüli sok lupus beteget között a lupus conjunctivae csak ritkán fordul elő; öt év alatt csak egy eset volt; bár nagyon gyakran észlelhető lupusos betegen phlyktaena: lehet, hogy egyik-másik esetben a csomócska lupusos eredesű, de kifejezett lupus conjunctivae csak egy esetben fordult elő.

A második esetet illetőleg csak arra hívja fel szóló a figyelmet, hogy a múlt héten **Fuchs** a Wien. klin. Wochenschriftban egy kis statistikát közölt ezen műtétről s azt mondja, hogy a múlt évben öt 5 ilyen operation keresztülment myopiás consultálta, a kik közül kettőnél volt ablatio retinae és háromnál láta zárulást — vastag hártya a pupilla területében —, úgy hogy ezeknél nem tudott jobb állapotot létrehozni. **Fuchs** maga nagyon skeptikus ezen operationál szemben s azt említi, a mit szóló is, hogy csak 15 D. M.-tól kezdve veszi combinatioba az operatiót és 18,000 beteg közül a múlt évben csak ötször végezte ezen műtétet, privat praxisában egyszer sem, mert ő annyira óvatosan leírja a betegnek az esetleges következményeket, hogy a privatbetegek nem egyeznek bele az operatioba; de **Fuchs** is rámutat, hogy bizonyos embereknél, a hol az existencia határozottan parancsolja, hogy a műtét végeztesse, pl. kocsics, pincér, cseléd, hol a foglalkozással a szemüveg hordása nem egyeztethető össze: ezeknél minden skepsis mellett indicált a műtét.

A bemutatott betegnél a műtét csakugyan helyeslehet, de általában hangsúlyozza szóló — mint azt már annak idején is tette —, hogy csak ott operáltassék a myopia, a hol azt az existencia szükségessé teszi, ott is csak 15 D.-án túl, mert a tapasztalat azt mutatja, hogy intelligens embereknél megfelelő szemüveggel — nem mondja szóló, hogy corrigáló szemüveggel — annyira ki lehet tolni a távolpontot, hogy az az existencia követelményeinek megfelel.

Goldzieher Vilmos: **Feuer** felszólalása a lupus conjunctivae-t illetőleg szintén azt bizonyítja, hogy az ilyen esetek rendkívül ritkák.

A mi a myopia operálására vonatkozó megjegyzését illeti, **Feuer** is azt véli, hogy csak akkor végezhető, ha indicálva van, a mint ezt minden józanul gondolkozó orvos aláírja. Szóló is olvasta **Fuchs** idézett cikkét, de ilyen cikket értékesíteni még sem szabad a myopia operálásának statistikájában. Hogy **Fuchs** 1 év alatt mások praxisából származó 5 szerencsétlen kimeneteli esetet látott, mit sem bizonyít, mert magától értetődik, hogy egy nagy hírből álló orvost, a kihez a betegek a világ minden részéből tódlanak, főként a szerencsétlenül járt betegek keresnek fel, míg a gyógyult betegnek nincs oka magát bemutatni. **Fuchs** ezen mindenestre érdekes cikkével szemben állanak statistikák, melyek 50–60 operált betegre vonatkoznak és ilyen statistikákat kell értékesíteni. Különböző országainak első klinikusai résztvettek, hogy főként azoktól indulnak ki az aggályok, a kik kellő saját tapasztalat híján az íróasztalnál faragják az észrevételeiket. Pl. directe szabályként felállítani, hogy csak 15 dioptriás myopiát szabad operálni, mégsem lehet. Tegyük fel, hogy egy 5 éves gyermek 10 dioptriás myopiával és a haladó myopia minden jellegével szóló consultálja, akkor szóló klinikus létére nem fog habozni operálni. Különböző tudjuk, hogy a nagyfokú myopia pontos

meghatározása mindig nagy nehézséggel jár és az ú. n. „glasmyopia” rendesen különbözik a valódi myopiától; az egyenes tükörvizsgálat ilyenkor lehetetlen és a skiaszkopia sem nagyon pontos. Hogy egy-némely operált egyénnél reczeleválás következik be, azon nincs mit csodálkozni egy oly bajnál, a hol operatio nélkül is gyakori a reczeleválás. A ritkán előforduló rossz kimenettel szemben áll az óriási haszon, melynek az operált myopiás örvend és ezért szóló a műtétet melegen ajánlja.

Egy észrevétel még szükséges. Szóló is azt constatalja, mit **Fuchs**, hogy az eddigi operáltak főleg a *vagyontalan* osztályhoz tartoznak; ennek oka abban keresendő, hogy a műtét nagy előnye az orvosok részéről még nincsen eléggé méltányolva.

Közkórházi orvostársulat.

(I. bemutató szakülés 1899. január hó 11-dikén.)

Elnök: **Rákosi Béla**; jegyző: **Terray Pál**.

(Folytatás.)

Osteo-peritonitis syphilitica esete.

Bruckmayer Ferencz: K. S. 23 éves, nőtlen, cipész, felvétetett a szt. István-kórház-bőrbeteg osztályára 1898. november 16-dikán. 12 éves kora óta szenved bajával. Baja alszárában hasogatásokkal kezdődött; 15 éves korában a jobb tibia felső harmadában három diónagyságú gumma lépett fel, melyek három heti fennállás után kifakadtak és lassanként begyógyultak.

Hasonló gumók léptek fel homlokán 18 éves korában, 22 éves korában a könyök körül, melyek kifakadtak és begyógyultak. 1898. szeptember havában jobb lábán kiütések léptek fel. Mindkét alszár a tibia állásának megfelelőleg kardalakúan erősen megvastagodott. A jobb tibia élén a közép és alsó harmad találkozási helyén tallérnyi, sárgás genynyel belepett, szabályos, éles szélű, sarjadt alapú fekély. A tibia élén, a középső harmadban halvány, livid csillagalakú hegek. A jobb felkar külfelületén, a középső és alsó harmadban, az alkarra, a felkar feszítő és hajlító felületére és némileg a könyökizület tájára átmenőleg férfi-tenyérenyi területen a bőr hegesedett, mi által a kar kinyújtása korlátozott a könyökizületben. Tallérnyi sugaras heg a jobb alkar belfelületén. A bal könyökizület körül hasonlóan csillagalakú, két gyermekenyénnyi bőrhég. A homlok nagy részén a bőr hegesen, csontdefectusokat képező bemélyedésekhez mozdulatlanul rögzített. Mirigyek mérsékelten megvastagodtak.

A beteg családjában tuberculosus terheltség van, egy fitestvérenek hasonló kiütése volt a lábán hónapokon át. Anyja nem vetélt. Antiluetice kezelve nem lett. 30 higanybedörzsölést végzett és 12 üveg jodkalit szedett az osztályon.

Genersich Antal: Feltűnő az egyénnél, hogy a láb erősen telitalp állású és hogy a sarok kifelé áll. Ezen tünet világosan mutatja, hogy itt az izület felé helyzeti eltérés jött létre, mi következménye annak, hogy a tibia meghosszabbodott, ez pedig kétségkívül összefügg a peritonitissal, a mely rajta fellépett az egyén 12 éves korában, vagyis azon időben, a mikor a csont növése nincsen befejezve, úgy, hogy elongatio ossium állott elő; érdekes, hogy a vastag csont hogyan görbül mellfelé, az alszár szélesbül, tehát a fibula kifelé és távolabb áll a tibiától, mint a másik alszáron. Kétségtelen, hogy itt syphilis hereditaria tarda forog fenn.

Syphilitikus alapon keletkezett alszár-elephantiasis egy esete.

Huber Alfréd: Tudjuk, hogy hosszabb időn át fennálló syphilitikus folyamatoknál, részint a bekövetkezett vér- és nyirokkeringési zavarok, részint hosszantartó beszűrődések által előidézett, az illető szerveknek elephantiasitikus megvastagodása fejlődhet ki, főleg oly helyeken, a hol, mint a jelen esetben, a nedvkeringés már ép viszonyok között is meg van nehezítve. Az ily esetnek egyik ritkább és főleg a differentialdiagnosissal és therapia szempontjából érdekes példáját mutatja be.

A 38 éves hajadon nőbetegnek, a ki a szt. István-kórház bőrbeteg-osztályára 1898. december 16-dikán vétetett fel, baja 18 éves korában keletkezett, tehát jelenleg 20 év óta áll fenn, antiluetice kezelve sohasem lett. A lefolyt luesre vonatkozólag sem említ semminemű anamnesist. Felvételekor a status a következő volt: a bal alszár a térd alatt három ujjnyira kezdődőleg, továbbá a láb in toto, teriméjében jelentékenyen megvastagodott. A bőr e helyeken mindenütt nagy fokban deszkakeményen infiltrált. Különösen az alszár felső harmadán száraz, borsónyi és nagyobb, sonkavörös, nagybőrra visszafelé dőben lévő plaqueszerű felemelkedések láthatók, a melyek helyenként félköralakban sorakoznak. Az egész alszár bőre a bokáig egyenetlen, göröngyös, több helyen hegesen behúzódott. A bokától kezdve lefelé a lábujjak tövi részéig és a talp oldalsó részéig terjedőleg óriási mérvben hypertrophizált, piszkos-barnásfekete, mely berepedésektől áthatott, verrucosus felület látható, a mely tapintásra szárukeményesű és olyan, mint a *marhanyele*. A láb ujjai egyenként is nagy mérvben elephantiasitikusak. A talp bőre teljesen ép. A köztakaró, a mirigyrendszer és a nyálkahártyák elváltozásokat nem mutatnak. Az orr bőrszálalától mintegy 1 cm.-nyire a septumon egy kerek, 1/2 cm. átmérőjű, heges szélű perforatio látható, melynek keletkezéséről a beteg mit sem tud.

Az alszár felsőbb részein látható, félköralakban elrendezett, tömött, sonkavörös efflorescentiák, melyeket a lupus vulgaristól jól el lehetett különíteni, a varicositásoknak hiánya, valamint az orrseptumon lévő perforatio kétségtelenül tette a késői lues diagnosist, a mit a specialis

GYERMEKGYÓGYÁSZAT.

Szerkeszti BÓKAY JÁNOS tanár.

TARTALOM. Eredeti közlemények: Grósz Gyula dr.: Közlemény a pesti izr. hitközség Bródy Adél-gyermekek kórházából. Hydrocephalus internus chronicus acquisitus kapcsán fellépett amaurosis; az oldalgymrocsok punctiója; gyógyulás. — Bauer Lajos dr.: Közlemény a budapesti „Stefánia”-gyermekkórházából. Aspiratio linguae a gyermekkorban. — Kármán Samu dr.: Közlemény a budapesti „Stefánia”-gyermekkórházából. Pseudo bulbarparalysis a gyermekkorban. — Berend Miklós dr.: Kisebbségi közlés a budapesti „Stefánia”-gyermekkórházából. 1. Symmetricus gastrina (Raynaud-féle kór) esete gyermeknél. 2. Bélinvaginatio spontán gyógyult esete. — Irodalomszemle: I. Könyveismertetés. — II. Lapszemle. — Vegyesek.

Közlemény a pesti izr. hitközség Bródy Adél-gyermekek kórházából.

Hydrocephalus internus chronicus acquisitus kapcsán fellépett amaurosis; az oldalgymrocsok punctiója; gyógyulás.

Grósz Gyula dr. kórházi főorvostól.

Az agy oldalgymrocsainak punctiója a hydrocephalus chronicusnál már régi idők (Hippokrates, Celsus) óta van alkalmazásban, a nélkül, hogy a számos sikertelen eredmény ezen eljárást a gyakorlatból kiszorította volna, a mennyiben vannak egyes — igaz, hogy kivételes — esetek, a melyekben a punctio által határozott javulások, sőt gyógyulások értek el. Természetes, így általánosságban odaállítani a tételt, hogy a hydrocephalus chronicus punctio által gyógyítható, nem lehet. Az eddigi ismereteink alapján csak annyit mondhatunk, hogy punctio által értek célt oly esetekben, a melyekben szerzett hydrocephalus internus (úgy acutus mint chronicus) volt jelen. A veleszületett hydrocephalusnak operatív úton való gyógyítása a legrosszabb prognosist nyújtja.

Huguenin¹ említi, hogy vannak oly esetek is, a melyekben a hydrocephalus zsák megrepedt és a liquor cerebrospinalis az orron, fülön, orbitán stb. át kifolyt és az esetek így spontán gyógyultak. Ezen természetes gyógyulás lehetősége tehát folyton arra buzdít, hogy a hydrocephalus operatív úton való gyógyítását kísértsük meg. S így képzelhető, hogy az utóbbi évtizedekben, az aseptikus aerában, mind újabb és újabb módszerek merültek fel, a melyek az idült vízfej gyógyítását célozták. Nem lehet sem czéлом, sem szándékom ezen módszerek taglalására foglalkozni, csak röviden akarom felemlíteni, hogy az utolsó években ajánlatba hozták az oldalgymrocsok drainage-át (Keen,² D'Arcy Power,³ Phocas,⁴ Henle⁵ stb.), úgyszintén a Quincke⁶ által először alkalmazott lumbal-punctiót is. A mi a Quincke-féle lumbal-punctiónak alkalmazását a hydrocephalusnál illeti, úgy az, — az utolsó moszkvai XII. nemzetközi orvosi congressuson előadtak (Ranke, Monti, Falkenheim, Raczyński) alapján, — nagy reményekre nem jogosít. Bergmann⁷ imént megjelent munkájában sem szól biztatólag a Quincke-féle lumbal-punctio therapeutikus értékéről.

A mi ellenben az agy oldalgymrocsainak punctióját a szerzett hydrocephalusnál illeti, úgy éppen az utóbbi években

találunk néhány feljegyzést (Wyss,¹ Raczyński,² Pott,³ Beck,⁴ Roswell Park,⁵ Bergmann⁶), a melyek értelmében a punctio nemcsak megkísérlendő, hanem határozottan javalltnak mondható.

Beck 3 eset kapcsán, a melyeket a Czerny-féle klinikán észlelt és operált, azt mondja: „Es wird daher stets die direkte Ventrikelpunction eine ausgiebigere und von Erfolg mehr begleitete therapeutische Massregel sein, als die Lumbal-punction und die letztere nur als Nothbehelf angesehen werden müssen.“

Az oldalgymrocsok punctióját Wernicke⁷ 1881-ben theoretikus szempontból hozta javaslatba és azóta számosan alkalmazták több-kevesebb sikerrel.

Ez év folyamán nekünk is volt alkalmunk egy esetben a hydrocephalus punctióját végezni és pedig oly jó és gyors sikerrel, hogy a tanulságos eset közlésére határoztuk el magunkat.

Az eset a következő:

A 10 hónapos fiúskát, a kit anyja szoptatott, szülei vidékről hozták fel és 1898. január 8-dikán vétették fel a Bródy Adél-gyermekek kórházba. Az eléggé intelligens szülők előadják, hogy a gyermeknél körülbelül 6 héttel ezelőtt a legjobb egészség közepette hirtelen láz lépett fel, majd egész testén rángó és merev-görcsök jelentkeztek, a melyek rövidebb-hosszabb ideig tartottak, a mellett a gyermek eszméletlen állapotban volt és csak keveset táplálkozott; ez idő alatt fejét és derekát többnyire hátraszegetten tartotta és érintésre fájdalom jeleit mutatta. Ily állapotban volt a gyermek majdnem egy hónapon át, azután lassan javult, láza csökkent, a gyermek nyugodtabb lett, eszméletét látszólag visszanyerte, környezetét megismerte, de szeméit ekkor már „ferdén” tartotta. Öt nap óta azt veszik észre, hogy a gyermek látását elveszítette és e miatt hozták fel a kórházba, hogy itt a baján segítve legyen.

A korához képest elég jól fejlett és táplált fiúgyermek súlya: 9320 gr. Csontrendszere csak csekély fokú rachitis tüneteit mutatja. A bőr és a látható nyákhártyák halványak; a bőralatti kötőszövet zsírtartalma csak kissé megfogyott; izomzata középtér fogatú. A homlok és halánték bőrén néhány kanyargós lefutású viszér látható.

A fej korához és a test többi részeihez viszonyítva nagyobb; fejét egyenesen tartani nem képes, a felültetésnél a fej, ha nem rögzítetik, hátra- vagy oldalra hanyatlik. A fej méretei a következők: körfogat 48 cm.; bifrontal átmérő 12 cm.; biparietal 14 cm.; bitemporal 10 cm.; fronto-occipital 15 cm.; mento-occipital 18 cm. A koponya úgy mellső, mint hátsó részében szélesebbnek látszik. Nagy kutaes körülbelül kis gyermektenyérynél, feszes, kissé kidomborodik; kis kutaes fillérnyi; a nyílvarrat nyitott, 1/2 cm.-nyi szélességű, a többi varrat zárt. A szemek be- és lefelé vannak forgatva. Az alsó szemhéj széle a cornea alsó harmadát fedi. A tekintet merer, a pupillák középtér fogatú, merevek, fényre és alkalmazkodásra nem reagálnak. Szemfenék ép. A gyermek az elébe tartott tárgyakat nem veszi el, a világosságot azonban keresni látszik.

A száj- és torokképletek épek.

Mellkas jól fejlett, a két mellkasfél légvételnél egyenlő kitéréssek végez. Tüdők felett sem kopogtatási, sem hallgatózási eltérés nincsen. Szívhangok tiszták. Hasúri szervek eltérést nem mutatnak.

Hőmérsék és érverés rendes. Gyermek rendszeren szopik, úgyszintén a széke is normalis.

Gyermek közérzete azon körülménynél fogva, hogy környezetét nem látja, tetemesen zavart, gyermek nyugtalan, sokat sir.

¹ Oscar Wyss. Zur Therapie d. Hydrocephalus. — Schweiz. Corresp. bl. Nr. 8. 1893.

² Raczyński. Ueber d. Behandlung d. Hydrocephalus chronicus mittelst Punction. — Przegl. lekarski. Nr. 33, 34. 1894.

³ Pott. Ueber d. Entstehung u. Behandlung d. chron. Hydrocephalus. Verhandl. der Gesellsch. f. Kinderheilk. 1895.

⁴ Bernhard v. Beck. Ueber Punction d. Gehirnsseitenventrikel. Mittheil. aus d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. I. H. 2. 1896.

⁵ Roswell Park. The nature and operative treatment of hydrocephalus etc. — Med. News. Apr. 3. 1897.

⁶ L. c.

⁷ Wernicke. Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. 1883.

¹ Ziemssen's Handb. d. spec. Pathol. u. Therapie. 1878. Supplementb.

² Keen. Surgery of the lateral ventricles of the brain. Verh. d. X. intern. med. Congr. Berlin 1891.

³ D'Arcy Power. The result of a years experience in the surgical treatment of hydrocephalus in children. Intern. clinics. III.

⁴ Phocas. Contribution à l'étude des traitements chirurgicaux de l'hydrocéphalie. — Revue des malad. de l'enfance. 1892.

⁵ Henle. Beitrag zur Path. u. Ther. d. Hydrocephalus. Mittheilungen aus d. Grenzgebiete d. Med. u. Chir. Bd. I. 1896.

⁶ Quincke. Ueber Hydrocephalus. Verh. d. Congresses für innere Med. X. Wiesbaden 1891.

⁷ Quincke. Die Lumbal-punction des Hydrocephalus. — Berl. klin. Wochenschr. 1891.

⁸ Quincke. Ueber Lumbal-punction. — Berl. klin. Wochenschr. 1891.

⁹ Ernst v. Bergmann. Die chir. Behandlung von Hirnkrankheiten. Berlin. Hirschwald. 1899.

Ezek után kétségtelennek látszott előttünk az, hogy a gyermeknél meningealis folyamat (valószínűleg meningitis cerebro-spinalis) ment előre, a melynek képesán hydrocephalus internus fejlődött és az oldalgyomrocsokat kitöltő hydrocephalikus folyadék gyarapodása következtében az intra-cranialis nyomás is fokozódott; a tágult gyomrocsokat kitöltő folyadék fokozott nyomásának tulajdonítandó az, hogy a chiasmára is gyakoroltatik nyomás, a melynek természetes következménye az amaurosis. Tekintettel arra, hogy a szemfenék ép volt, hogy a fokozott nyomás következtében papillitis még nem fejlődött volt, az oldalgyomrocsok punctióját hoztuk javaslatba, a melybe a szülők bele is egyeztek.

Mielőtt a punctióhoz hozzáfogtunk volna, szükséges volt a gyermek hajzatos fejbőrén lévő ezema seborrhoicum-ot kezelni és így alkalmunk volt a gyermeket még néhány napig észlelni, a mely idő alatt a fönt leírt tünetek változatlanul fennállottak, a gyermeknél sem convulsiókat, sem hűdést nem észleltünk. Belsőleg 10%-os jodkali-oldatból 3 kávéskanálnyit adtunk.

Az első punctiót január 14-dikén délelőtt végeztük és pedig gyenge narcosis alatt. A punctióra használtunk egy vékony trocart, a melyet a Dieulafoy-féle aspirátorral hoztunk kapcsolatba. A beszúrás — teljes asepsis tekintetbe vétele mellett — a nagy kutaes jobb oldalán, a középvonaltól körülbelül 3 cm.-nyire történt és pedig verticalis irányban az oldalgyomrocs felé; a trocart majdnem 4 cm.-nyire toltuk előre, mire az aspirátorral 40 ccm. teljesen víztiszta folyadékot lassan szívattyúztunk ki. (A folyadék fajsúlya 1008.) Utána compressiv kötést keményített organtinból alkalmaztunk.

A mikor a gyermek felébredt, már a szemtengelyek állásában némi változás volt észlelhető, t. i. a rendes állást már majdnem megközelítették.

Este hőmérsék 37.1°, érverés 116; közérzete jó, jól szopik.

Január 15-dikén reggel 37.5°, érverés 110; közérzete állandóan jó, néhány dyspeptikus székletét. Szemvizsgálat: a szemtengelyek párhuzamosak; a pupillák fényre reagálnak, a gyermek fixál, összetérít, mely alkalommal a pupillák szűkülnek. A gyermek az elébe tartott tárgyak után kezével nyúl.

Január 16-dikén. Állandóan láztalan, változás nincsen.

Január 17-dikén. Rögzítő kötés eltávolítottatik. Nagy kutaes nem domborodik előre. A pupillák reakciója valamivel renyhébb, gyermek azonban lát.

Január 18-dikén. Nagy kutaes feszes. Látás ismét rosszabb, a szemtengelyek lefelé vannak irányítva, renyhébb pupilla-reactio. Második punctio. Szintén gyenge narcosis. Beszúrás a bal oldalgyomrocs felé történt. 70 ccm. víztiszta folyadék kiszívattyúzása. Röviddel a punctio után a gyermeknél collapsus tünetei léptek fel, a pulsus alig volt érezhető, úgy hogy camphor-injectiót kellett alkalmazni, mire az állapot javult. Az esti órákban a gyermek közérzete már teljesen jó volt, érverés elég telt és feszes volt, sz. p. 112; jól szopott. Láztalan.

Január 19-dikén. Teljesen jó közérzet, láztalan. A szemvizsgálat ismét az előbbi leletet derítette fel, t. i. a szemtengelyek párhuzamosak, a pupillák jól reagálnak, szemfenék ép. A gyermek ismét a tárgyak után nyúl, környezetét ismeri.

Január 20-dikén. Szülei kívánságára haza bocsátottuk a beteget, azzal az utasítással, hogy ha a gyermek látásában a legesekélyebb zavart veszik észre, hozzák fel azonnal ismét a kórházba, a rögzítő kötést pedig hagyják a gyermek fején kb. 8—10 napig, a mikor újból jelentkezzenek nálunk; a mellett a jodkalit szedje tovább.

Január 31-dikén újból vétette fel magát az anya gyermekével a kórházba, a mikor a rögzítő kötést levettük. A mostani jelenállapot röviden a következő volt: A nagy kutaes csak kis mértékben domborodik előre, egyébként a fej alakjában alig van változás, a fejméretek az előbbiekhöz képest valamivel kisebbek, a mennyiben a fejkörfogat 47.5 cm. (tehát 0.5 cm.-rel kevesebb mint előbb); a bifrontál átmérő 11.5 cm. (szintén 0.5 cm.-rel kevesebb); a biparietal átm. 13 cm. (1.0 cm.-rel kevesebb); a többi méretek változatlanok.

A gyermek fejét már támasztás nélkül egyenesen tartja, a feléje tartott tárgyak után nyúl; a szemtengelyek vízszintesek, a pupillák fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Közérzet teljesen zavartalan. Még egy hétig észleltük a gyermeket, a mely idő alatt állapota változatlan maradt. Azóta csak levél útján kaptunk a gyermekről tudomást, t. i. hogy látása állandóan jó, fejlődésében — sem testileg, sem szellemileg — semmi zavar nem állott be.¹ Különben is fel kell tennünk azt, hogy a nagyon gondos szülők, ha a legesekélyebb változást vették volna észre a gyermekben, ismét felhozták volna őt a kórházba.

A több tekintetben tanulságos esetünk a következő megjegyzésekre jogosít fel bennünket:

1. Esetünkben az előrement meningealis folyamat, valószínűleg meningitis cerebro-spinalis, után fejlődött idült hydrocephalus internus következtében a fej megnagyobbodott, a mely megnagyobbodás a fönt leírt méretekben nyert kifejezést. A fej legnagyobb körfogata 48 cm. volt. Tudvalevőleg az ilyen korú gyermekek fejkörfogata rendszeren 40—45 cm. között ingadozik. Továbbá a koponya megnagyobbodása különösen feltűnő volt úgy a homlok- mint a nyakszirtecsont erős

előredomborodása által, a mi különösen jellemző a hydrocephalus internus-ra.¹ E tekintetben igen érdekes az, hogy a II. punctio után felvett méretek azt mutatták, hogy nemcsak a fej körfogata csökkent 0.5 cm.-rel, hanem úgy a bifrontál-, mint a biparietal-átmérő mutat 0.5—1.0 cm.-nyi kisebbedést, a mi természetesen a hydrocephalus internusból eredő folyadék csökkenéséből származik.

2. A hydrocephalus internus által okozott intracranialis nyomás fokozódásának tulajdonítandó egyrészt a szemtengelyek irányának megváltozása be- és lefelé, másrészt a hirtelen fellépett amaurosis. A mi az előbbi tünetet, t. i. a szemek lefelé fordulását illeti, úgy az annak tudandó be, hogy a fokozott agnyomás az oculomotorius azon ágait éri, a melyek a rectus superiort látják el, mi által az inferior túlsúlyba lép. (Hench.) Hogy ez az oka a szemtengelyek állásának és nem a folyadékknak direct az orbitára gyakorolt nyomása, azt is a mi esetünk látszik bizonyítani, a mennyiben nem hihető, hogy az oldalgyomrocsokban jelen volt aránylag esekély mennyiségű folyadékgyülem oly nagy nyomást idézett volna elő, hogy az orbita felső csontos falát benyomhatta volna. Az amaurosis keletkezését is a hydrocephalikus folyadék fokozott nyomásából magyarázzuk: a nagyobb feszülés alatt lévő folyadék nyomást gyakorol a chiasmára, de még nem oly fokú nyomást, hogy az papillitist okozhatott volna, a mint azt hydrocephalus internusnál elég gyakran látjuk. Ebből tehát nyilvánvaló, mily fontos a szemtükriz vizsgálat a hydrocephalus internusnál és az operatív beavatkozás indiciójának felállításánál. Bár tagadhatlan és erre az irodalomban találunk esetet felemlítve, hogy még jelenlevő nyomási papillitisnél is a látást illetőleg eredménytél végezték a punctiót.² Mindenesetre a prognosira nézve kedvezőbb megítélés alá esnek azon esetek, a melyekben papillitis még nincsen. Ezen körülményt rendkívül fontosnak tartom és felhasználhatónak gondolom ezen tapasztalatunkat meningitis cerebro-spinalis alatt vagy után fellépő amaurosis eseteiben is. Nincsen kizárva az, hogy ezen amaurosisok egy része nem a lobos folyamatnak az opticusra való áttérjedése által okozatik, hanem egyszerűen a fokozott agnyomás az, a mely, úgy mint a mi esetünkben is, előidézője az amaurosisnak. Az ekkor végzett punctio tehát megmentheti még a látást. Felmerül tehát a kérdés, hogy nem-e lett volna megmenthető ily módon számos esetben a látás meningitis cerebro-spinalis után? Kétségtelennek tartom, hogy igen.

3. A punctio kivitele egyszerű és az aseptikus cautélák szemmel tartása mellett veszélytelen. Már az I. punctio után eclatans volt az eredmény, a gyermek látását visszanyerte, pedig csak kevés folyadékot (40 ccm.) bocsátottunk ki. Három nappal később a rögzítő kötés eltávolítása után a látás ismét rosszabbodott, úgy hogy a II. punctiót kellett végeznünk. Ez alkalommal már több folyadékot (70 ccm.) távolítottunk el, a mi collapsus tünetekkel járt ugyan, de az eredmény azután állandó maradt. Ezen körülményből azon tanulságot vonjuk le, hogy egyszerűen csak kevés folyadékot aspiráljunk és a rögzítő kötést hosszabb ideig hagyjuk a fejen, legalább is addig, míg újabb agnyomási tünetek nem jelzik egy újabb punctio végzésének szükségességét. Ezen punctio eredménye azon felvételre jogosít, hogy ha a hydrocephalus chronicus a meningealis folyamat productumaként állandó marad, azaz újabb lobos folyamat nem csatlakozik hozzá, a gyógyulásra biztos kilátásunk van.

Esetünkben a punctio keresztülvitele semmi nehézségbe nem ütközött, a mennyiben az a nagy kutacon át könnyen eszközölhető volt. Oly esetekben, a hol a kutaesok már zártak, a punctiót a trepanatio megelőzi, a mely beavatkozás oly gyorsan eszközölhető és a mai asepsis mellett a gyógyulás tekintetében oly biztosan kivihető, — mondja Beck³ — hogy haboznunk nem szabad az operatiót oly betegknél végezni, a

¹ Sachs. (Onuf-Onufrowitz.) Lehrb. d. Nervenkrankheiten d. Kindesalters. 1897. p. 419.

² Bókay. „Gyermekegyógyászat” az „Orvosi Hetilap” melléklete 1898. p. 30.

³ Beck l. c.

⁴ L. c. p. 263.

¹ Az utolsó értesülésünk orvosától származik 1898. december 9-dikéről.

kiknél ez által a tünetek javulására, az élet meghosszabbítására, vagy még inkább a betegség gyógyítására kilátás van.

Esetünk, az előadottak alapján, valamint a rendelkezésemre állott irodalmi adatok után, mindenesetre számottevő, s mint ilyen közlésre méltó. Ezt a következőkben röviden idézett irodalmi adatok is tanúsítják.

Beck többször idézett közleményében 3 esetről tesz említést, a melyekben az agygyomrocok punctióját végezte. Ezek közül 2 esetben volt acut, 1 esetben chronikus hydrocephalus jelen.

Az esetek röviden a következők: 1. Hydrocephalus internus acutus idült otitis media után; meningitis; az oldalgomrocok háromszori punctiója; gyógyulás. 2. Trauma következtében a homlokleány tályogja az os frontis törése után; diffus genyes meningitis, hydrocephalus internus acutus; az oldalgomrocok punctiója; gyógyulás. 3. Agyaestumor; hydrocephalus internus; az agy oldalgomrocainak punctiója; javulás.

Több tekintetben érdekes és tanulságos a Wyss¹ esete, a melyhez a mi esetünk némileg hasonlít. Az eset röviden a következő: A 7 hónapos gyermek meningitis basilaris tünete között betegszik meg; az acut tünetek lassan visszafejlődnek és idült hydrocephalus internus jobboldali hűdéssel, teljes vakussággal, ép szemfenék mellett, marad vissza. E miatt a betegség kezdetétől számítva kb. 8 hét múlva az első punctio, a mely után még további 6 punctio végeztetett. A 4-dik punctio után, az első punctiót követő 4-dik hétben, a látásiképesség visszatért és állandóan megmaradt. A hűdések is visszafejlődtek, a gyermek énekel, az előtte elmondott szavakat utána mondja, fogalmakat azonban — az anyja állítása szerint — nem alkot magának. Észlelési tartam 2 év.

Felemlítésre méltónak tartom még Bergmann esetét is.² Egy éves fiúnál, a ki 6 hónapos koráig normalisan fejlődött, lázak léptek fel nagyfokú nyugtalansággal és rángásokkal, a melyeket eleinte a fogzásnak, azután influenzának tulajdonítottak, végre pedig agyhártyalob kifejezett tünete léptek előtérbe, a melyek kapcsán a fej nagyfokú megnagyobbodása fejlődött. Bergmann 3 hónappal később vette kezelése alá a gyermeket és 6 punctiót végzett nála; minden alkalommal 100—200 ccm. folyadék pungáltatott. A fej többé nem nagyobbodott, a fej körforgata állandó maradt; a strabismus megszűnt. A gyermek, a ki előbb ép papillái daczára nem fixált, most az elébe tartott tárgyak után nyúl és fejét egyenesen tartja, míg azelőtt arra nem volt képes.

Közlemény a budapesti „Stefánia” gyermekkórházból.

Aspiratio linguae a csecsemőkori.

Közli: Bauer Lajos dr. kórházi I-ső segédorvos.

Ezen kóralakra a szerzőknek a figyelmét a 60-as években Bouchut hívta fel. Az ő tapasztalatai szerint ezen aránylag ritkán előjövő bántalom a csecsemőknek olyan megbetegedése mellett szokott előfordulni, a midőn a légzés az orron át fel van függesztve, mint pl. coryzánál. A további tapasztalatok, ezzel szemben arra tanítottak meg bennünket, hogy mindazon megbetegedések mellett is kifejlődhet ezen bántalom, a hol a levegőnek az inspiratioja nagy erővel történik a szájon át, daczára, hogy az orrlégzés teljesen szabad. Tény, hogy coryza mellett észleltetett a legtöbb aspiratio linguae.

A coryza újszülötteknél s csecsemőknél elég gyakori megbetegedés s hogy ezzel szemben az aspiratio linguae esetek mégis aránylag ritkán észlelhetők, első sorban a coryzának az intenzitásától függ. Enyhe coryzánál az orron át a légzés, ha nehezített is, nincsen felfüggesztve; ilyen esetekben legfőleg a szopás nehezített, de különben a csecsemőknek a légzése, táplálkozása alig szenved s az orrnak párszori kiecsetelése rendszeren elegendő a status quo ante helyreállítására.

Másként állanak azonban a viszonyok súlyos coryzánál. Az orrjárat teljesen bedugult, az erősen megvastagodott nyák-hártya s nagymennyiségű váladék által, az orron át a légzés teljesen megszűnt. Előáll azon abnormis állapot, hogy a csecsemő kénytelen kizárólag a szájon át lélegzeni. A csecsemők pedig a szájon át nincsenek begyakorolva a légzésbe, miután az rendes körülmények között az orron át történik. Ilyen esetekben már a táplálkozás is erősen szenved, súlyos emésztési zavarok, majd atrophia fejlődhet ki. Soltmann szerint az ilyen természetű coryzák 40°, vagy még magasabb lázakat okoznak, a melyek néha az orrüregnek nehányszori átfecskendése után teljesen elmúlnak. Bouchut, az ő aspiratio linguae-eseteit is ilyen súlyos coryzák mellett látta először. Azonban korántsem csatlakozik minden súlyos coryzához aspiratio linguae. Bár a csecsemő a szájon át szedi a levegőt, a nyelvet helyzetéből nem látjuk kitérítve, légzési akadályul nem is szolgál; gyengébb vagy erősebb légzési zörej hallunk, mely a garatvegeknek ide-oda csapódásától van feltételezve, a mint a beáramló levegő által mozgásba hoztatnak. Hogy az aspiratio linguae, súlyos coryza mellett létrejött, ahhoz a fiatal csecsemőkön kívül, úgy látszik még egyéb momentumok is szükségesek, a melyekre később még vissza fogunk térni.

A szerzők kivétel nélkül hangsúlyozzák ezen kóralaknak a veszélyességét, abban is megegyeznek, az egyedüli M. Simon dr. kivételével, hogy rendszeren rohamokban lép fel s rapide okoz asphyxiát. Bouchut úgy írja le ezen bántalmat, hogy a szájon át benyomuló levegő beszívja az alsó ajkat, mely mintegy billentyű befelé a száj ürege felé hajlik; ugyanezen hatással van a gyorsan beszívott levegő a csecsemőnek a nyelvére, illetve nyelvének legmozgékonyabb részére, a nyelvcsúcsra is, mely hátrahajlik az inyvitörák felé, a szájpadhoz támaszkodik, a levegő számára nem marad út: asphyxia áll be s az esetek nagy részében a csecsemő megfulad. Ugyancsak ilyen rapide fellépett aspiratio linguae-ről emlékszik meg Henoch is egy esetben, a hol a hirtelen alkalmazott orvosi segélynek sikerült a már erősen cyanotikus csecsemőt megmenteni. Droste dr. néhány esetében, coryza miatt erősen bedugult orrjáratok mellett, a nyelvet szelepszzerűleg aspirálni látta, miáltal fuladási rohamok keletkeztek. Hangsúlyozza, hogy ezen rohamok mindig hirtelen léptek fel s hirtelen vezettek fuladáshoz. Ide tartoznak még a Dieffenbach s Seymanowsky által közölt észleletektől eltekintve, a midőn az asphyxiás rohamok a m. genioglossi stb. izmok leválasztása után, tehát sebészi beavatkozás után léptek fel, Kussmaul-nak a coryzás esetei is, a melyeknél az aspiratio linguae által okozott asphyxia ugyancsak hirtelen lépett fel.

M. Simon dr. ilyen hirtelen beállott asphyxiákat, coryza mellett, nem tapasztalt, eseteinél az asphyxia lassan következett be. Szerinte a csecsemők szájukat nem tudják nyitva tartani, talán azért, mert az állkapcsot lehúzó izmok elfáradnak, vagy talán azért, mert az emelő izmok már physiologice is erősebbek, vagy görcsös összehúzódnak jönnék, a szájnak erősebb nyitására s a lehúzó izmokat legyőzi. Szóval a csecsemők a légszükség daczára csukva tartják a szájukat, csak néhány légvételt nyitják, azután ismét bezárják huza-mosabb időre, majd ismét olykor-olykor nyitják s lassan asphyxiába esnek, mely a megcsappant táplálkozás mellett halálhoz vezet. Simonnak azon nézete, hogy az újszülöttek, illetve csecsemőknél az állemlő izmok túlsúlyban vannak a lehúzókkal szemben, nagyon valószínűnek látszik. Sokszor valóban nagy erőt vagyunk kénytelenek kifejteni, pl. torokvizsgálatnál, sokszor kénytelenek vagyunk megelégedni egy rövid pillantással, a melyet a csecsemő torkába vethetünk a szűk résen át, már ismét zárja a csecsemő a száját, akarunk ellenére. Úgy látszik, hogy az újszülötteknek s még a csecsemőknek a szájizomzata is a méhbeli megszokott tartásban van s a szájnak erősebb kinyitása a masseterének kisebb-nagyobb görcsös összehúzódnását váltja ki, bizonyos esetekben.

Az asphyxiás rohamok tehát túlnyomóan hirtelen, pillanat alatt léptek fel, csak az marad kétséges Hennig szerint egyes esetekben, hogy mindenkor a nyelvcsúcs által záratik-e el a levegő, vagy pedig a már eredetileg vastagabb nyelvgyök

¹ L. c.

² L. c. p. 158.

nyomatik az epiglottisra s ez akadályozza meg a levegőnek a bejutását.

Az általunk közlendő esetek ugyancsak pár hete csecsemőket illetnek, a kiknél az asphyxiás rohamok napközben gyakran, különböző intensitással, de mindig hirtelen léptek fel.

Az első esetet *Bókay* tanár észlelte a magánygyakorlatban.

1-ső eset. Pár hetes csecsemő erős coryzával s a légutaknak a hurutjával betegedett meg. Az anamnesis leest nem derít ki. Egyedüli abnormitás a kis betegnél az orrbetemetnek s az orrjáratoknak kissé szűkebb volta a rendesnél. Az orrnyákhártya erősen duzzadt, bő váladékkal fedett. A tüdőknek a hurutjától eltekintve, semmi eltérés nem constatálható. Légzés az orron át teljesen szünetel, ez folyton a nyitott szájon át történik. Nyelvét állandóan a szájpád felé hajlítva tartja, mely azonban a szájpádot nem éri el. Légzés hortyogó. A nyelv előrehúzásánál s lenyomásánál a légzés javul, elbocsátásánál az előbbeni állapot ismét előáll. Időnkint asphyxiás rohamok lépnek fel, a mikor is cyanosis, levegő után kapkodás, a végtagoknak kisérték tonikus merevsége s intenzívebb rohamoknál a nyelvnek a szájpáddal való teljes odafekvése észlelhető. A bántalomnak a további lefolyását *Bókay* tanár nem észlelte, miután a kis beteget többé nem látta. Később értesült róla, hogy a beteg, a ki a nagy fokban csökkent táplálkozás miatt is erősen kimerült, egy súlyosabb roham alkalmával mortuált.

2-ik eset. Folyó évi február hónapjában 3 hetes csecsemőt hoztak a Stefánia-gyermekekórházba azon panasszal, hogy pár nap óta erősen szuszog s egy nap óta időnkint előjövő nehézlégzéses rohamokban szenved. Az elég jól fejlett csecsemő csontrendszerén semmi eltérés nem constatálható. Bőrszín normalis, csak az orrnyílások körül találunk kisérték excoariatiót. Orrbetemet, valamint az orrjáratok nyákhártyája vörös, erősen duzzadt, bő, zavaros, genyes váladékkal fedett. Az állandóan nyitva tartott szájon át lélegzik. A nyelv alatti rész, a nyelvfenék erősebben elődudorodik a rendesnél, úgy, hogy annak a felszíne az inyekkel majdnem egy niveauban fekszik. A nyelvfeken eltérés nem észlelhető. Maga a nyelvcsúcs állandóan felfelé hajlítva, csúcsi részével a kemény szájpáddal támaszkodva észlelhető, úgy hogy a levegő számára csak a nyelvcsúcs két oldalán szabadon hagyott helyeken van hely. Egyéb elváltozás a száj- s garatürben nem constatálható. Hang kissé rekedtes. Nyak részarányos, nem mirigyos; csekély jugularis behúzódnál látható inspirium alatt. Tüdők felett diffúz-hurut. Szívhangok tiszták. Hasi szervek felett eltérés nincs.

A légzés elég nagyfokú zörej kíséretében történik, de nem nagyon nehezített, sírásnál azonban vagy emótióknál, a mint az inspirium erősebbé válik, a nyelv kiszélesedik s csúcsi részével s egész terjedelmében a kemény szájpáddal támaszkodik. Az eddig is csak szűk részen beáramlott levegő ez által majdnem teljesen elzáratik, az inspirium néhány pillanatig teljesen megakad: erősebb jugularis s scrobicularis behúzódnál kíséretében nagyfokú cyanosis lép fel, óriási nyugtalanság, levegő után kapkodás, a végtagoknak s részben a törzs izmainak kisebb-nagyobb fokú tonikus merevsége kíséretében, miközben az erősen megduzzadt s elvörösödött nyelven fibrillaris rángás s egyes részeinek a szájpáddal való elemelkedése észlelhető. A rohamok néha maguktól is megszűnnek, a nyelv ismét az előbbeni helyére kerül, t. i. csak csúcsi részével támaszkodik a kemény szájpáddal, hamarabb azonban, ha a felfelé hajlított nyelvet kiegyenesítjük. A rohamoknak a száma s intensitása különböző, elég gyakran bekövetkeznek azonban, néha óránként egyszer, néha több ízben is, máskor pár óra alatt csak egyszer. Éjjel állítólag gyakrabban s intenzívebben lépnek fel. Szopás egyáltalában nem lehetséges, a nyujtott emlőt azonnal elereszti, a táplálás csakis kanálankint nyujtott tejre szorítkozik, a mi azonban olykor szintén vált ki rohamot. Könnyen érthető, hogy a csökkent táplálkozás s álmatlanság miatt, óráról órára fokozott a kimerülés.

A proponált tracheotomiát az anya perhorreskálja, nemcsak, hanem bárminő műtéti beavatkozást is. Az orron át bevezetett catheterekkel, hogy levegőt szerezzünk a gyermeknek, nem értünk czélt, mert a puhafalú cathetereknek a falai

összelapultak, úgy hogy levegő számára alig voltak átjárhatók, a keményfalú cathetereknek a falai pedig olyan vastagok, hogy a caliber nem volt elégséges elegendő levegő számára. Az anya a kórházban nem akarta hagyni a gyermeket. Pár nap múlva egy erősebb roham következtében beállott a halál.

Az eddig tárgyalt aspiratio linguae-esetek mind coryza mellett fejlődtek. A coryzán kívül azonban olyan aspiratio linguae-esetek is lettek leírva az irodalomban, a hol az oki mozzanatot pertussis képezte. Az összes pertussis mellett észlelt aspiratio linguae-esetek ugyancsak pár hónapos csecsemőkre vonatkoznak. Különösen *C. Hennig* hangsúlyozza, hogy pertussisnál az exspiriumok után végre beálló nagy inspirium képes a nyelvet aspirálni. Szerinte a nyelv, mely úgy haránt, mint hosszirányban teknőalakúlag göröcsösen hátrafelé van irányítva, az erősen beáramló levegőtömeggel által könnyen besodortathatik a hátsó garattal s a nyelvgyök közé, mi által fuladás jön létre. Hasonlóképpen *Schneider* dr. ezen erőltetett inspirium következtében beállott aspiratio linguae-ről tesz említést azon két esetben, a midőn a betegek mindegyike súlyos pertussisban szenvedett. Érdekes s minden esetre fontos *Schneider* dr.-nak azon észrevétele, hogy egyik esetében, a saját kis négy hónapos gyermekénél, a nyelvet halál után tíz perczel, még csúcsával erősen hátrahajlítva s a garatba beékelve találta. A második esetében a nyelv, két órával a halál után, még szintén részben a garatba volt ékelve.

Pertussis mellett fejlődött aspiratio linguae-t a budapesti „Stefánia“-gyermekekórházban nem észleltünk. Igaz, hogy mi pertussisban szenvedő betegeket, különösen csecsemőket vagy egyáltalában nem, vagy csak a legritkább esetben veszünk fel, miután kórházunk e célra berendezve nincsen. A kórházi ambulancián évek hosszú során át bemutatott pertussis-betegeknek sem rendelkezünk hasonló tapasztalattal. Az irodalomban, a leírottaknál több eset, tudunkkal, nincs is említve.

Vége a harmadik bántalom, a mely mellett aspiratio linguae létrejöhet, a laryngospasmus. Tudjuk, hogy a csecsemő a laryngospastikus roham alkalmával óriási erővel igyekszik levegőt szívní az erősen megsűkülő hangrészen keresztül a tüdőbe. Ezen alkalommal a nagy erővel betóduló levegő, épen úgy, mint pertussisnál könnyen magával sodorhatja a nyelvet, illetve annak a csúcsát, mely vagy a szájpáddal tapad, esetleg a nyelvgyök s hátsó garattal közé ékelődhet. Az eseteknek a többségében képes a csecsemő, a nyelvet megint eredeti helyzetébe hozni. Ha azonban a rohamok gyakran jönnek, akkor a csecsemő kifárad, annyira, hogy képtelen többé a nyelvet a rendes helyzetbe hozni, a nyelv a szájpáddal rögzítve tapad s momentán fuladás állhat be. Ide vonatkozólag *Henoch* ír le egy észleletet. Az ő esetében, vizsgálat közben olyan erős laryngospastikus roham lépett fel, hogy a légzés teljesen megakadt, erős cyanosis kíséretében. A csecsemő csak az arcába fecskendezett vízre tért kissé magához, azonban az állapota még mindig olyan maradt, hogy minden pillanatban a halál beállásától kellett tartani. A szájba vezetett ujj a nyelv hegyét erősen felkunkorodva s szorosan a szájpáddal rögzítve találta. A nyelv hegyének az erőszakos kiegyenesítése s előrehúása után szünt meg csak a cyanosis s állott be a rendes légzés. Nem lehetetlen, hogy — úgy mint *Henoch* esetében — egyéb olyan laryngospastikus esetben is, a hol hirtelen fuladás állott be, nagy szerepet játszott a nyelvnek ezen hirtelen, erőszakos aspiratioja s odarögzítése a szájpáddal. Hogy a szűkítőnek a görése mellett, a nyelvnek az aspiratioja is jelentékenyen hozzájárulhat, a hirtelen beállott laryngospastikus rohamok mellett, a fuladás siettetéséhez (hogy a szívhűdés mennyiben szerepel a laryngospasmus halálos eseteiben, még nincs teljesen eldöntve), a mi tapasztalataink is bizonyos tanúságul szolgálhatnak. Súlyosabb laryngospasmusnál ugyanis pár év előtt, néhány esetben megkíséreltük az intubációt, miután a rohamok oly gyakran jelentkeztek s olyan intenzívek voltak, hogy a csecsemők életét minden perczen fenyegették. A netalán hirtelen beálló fuladási halált a tubussal véltük elháríthatónak. Tapasztalataink ez irányban azt mutatták, hogy a tubusnak bent fekvése alkalmával, a rohamok — a melyek feltűnő előszeretettel éjjel

jöttek — ritkábban voltak észlelhetők s csak erősebb köhögésekben állottak. Az extubatio után, összes eseteinknél, háromnál, azt a figyelemre méltó tapasztalatot nyertük, hogy a rohamok gyakoriabbak s intenzívebbek lettek, úgy hogy pillanatig sem késlekedhettünk a reintubációval. Egyik esetünkben az intubatók alkalmával azt is észleltük, hogy a nyelv szorosan a szájpadhoz van rögzítve, kemény tapintatú s csak bizonyos erő alkalmazásával lehetett előrehúzni, lenyomni, hogy az epiglottishoz hozzájuthassunk. A nyelvnek előrehúzása, illetve lenyomása nem mindig s akkor is csak a könnyebb rohamokban vezetett célhoz, súlyosabb esetekben azonban, a midőn a gyermeknél pillanatig szünetelt a légzés, életmentő kísérletként mégis intubáltuk. Idejében alkalmazott intubációval ugyan mindig sikerült a fenyegető jelenségeket elhárítani, de a mint fentebb is említettük, azon hátrány származott a tubussal való kezeléshöz, hogy extubatio után a rohamok nyertek erősségükben s számban. Hogy vajjon az intubationak tulajdonítandók-e ezen gyakoribb rohamok, vagy véletlen összeesés folytán, intubatio nélkül is gyakoribbak lettek volna-e? nehéz eldönteni. Részünkről — biztossággal e tekintetben — eseteink elégtelensége miatt sem nyilatkozhatunk. Tény, hogy az egyszer megkísérlett intubatio után, ha a gyermeket extubáljuk, vagy kiköhög a tubust, a legnagyobb óvatosság s elővigyázat mellett is, a rendkívül hirtelen fellépő súlyos roham alatt, beállhat a catastropha.

A mint fentebb említettük egy laryngospasmusban szenvedő betegünkönél mi is találtuk, mint *Henoch* a nyelvnek kisebb-nagyobb fokú aspiratióját, a rohamoknak az intenzitása szerint. Hogy vajjon a többi hirtelen exitussal végződő eseteinknél is mennyiben szerepelt az aspiratio linguae, az alap ok mellett, ezt nem tudjuk eldönteni, miután legnagyobb sajnálatunkra erre vonatkozólag semmi feljegyzést sem találtunk a kórtörténetekben. Azonban minden esetre szükségesnek tartjuk azon körülményre felhívni a szerzőknek a figyelmét, hogy súlyos laryngospastikus rohamoknál a nyelvnek a helyzetére nagy figyelemmel legyünk. Fordulhatnak elő súlyos esetek, a midőn a nyelvnek a rendes helyzetbe hozásával sikerül a veszélyt elhárítani.

Az aspiratio linguae-nek az aetiologiája még meglehetősen homályos. A *Bouchut* előtti írónak egy része egyedül a nyelvfeleknek a minőségétől teszi függévé az aspiratio linguae létrejöttét. *Levet* szerint a normalis vagy hosszan az alaphoz tapadt, tehát rövid nyelvfeleknek a feloldása után a nyelv olyan szabad mozgást nyer, hogy a gyermeknek a sírásánál hátra csapodhat s fuladást idézhet elő. Ugyancsak több eset van említve a *Meissner*-féle Encyklopaediában, a melyek állítólag mind nyelvfelek feloldás után észleltettek. Hasonlóképpen nyilatkozik *J. L. Petit* is; első esetében, a mely igen hirtelen mortuált, obductio alkalmával a nyelvet a leirt helyzetben is találta. *Veh* dr. szerint Oroszországban gyakori a nyelvfelek feloldás s ezek után fejlődött több aspiratio linguae-esetről van tudomása hiteles forrásból. Itt felemlíthetők még *Kussmaul* esetei. Szerinte ugyanis egyes egyének, a nyelvfeleknek a feloldása után, a garatba képesek nyelvök hegyét visszahúzni.

Mások szerint nincs is szükség a nyelvfeleknek a feloldására, elegendő a hosszú, petyhüdt nyelvfelek arra, hogy a nyelv mélyebb s hirtelenebb inspiriumnál hátraesapódjék s fuladást hozzon létre. *Henoch*, egyik esetéért ugyancsak a hosszú s petyhüdt nyelvfeleket okozza. Hasonló szellemben nyilatkozik *C. Hennig* is. *Bouchut* s *Droste* dr. a coryza mellett a nyelvfeleknek hiányos fejlettségét veszik fel okul.

Ezzel szemben a szerzőknek egy másik csoportja kiemeli, hogy az aspiratio linguae-t nem előzte meg nyelvfelek feloldás, másrésről, azokon semmi abnormalitás constatálható nem volt. Daczára ennek *Schneider* dr. az ő. két esetében a nyelv csücsát halál után még erősen a garatba beékelve találta. A *R. Seydeler* dr. s *Simon* esetében a nyelvfelek hasonlóképpen normalis volt, előzetes feloldás nem történt.

A mi tapasztalataink a „Stefánia“-gyermekkorházban sem erősítik meg azokat a tapasztalatokat, a melyek az aspiratio linguae egyik előidéző momentumaként a nyelvfeleket

tüntetik fel. Mi évente sok, úgy nagyon rövid, mint hosszú nyelvfeleket látunk csecsemőknél számos esetben, ha szükséges, fel is oldjuk a nyelvfeleket, de ennek még ilyen irányban hátrányos következményeit sohasem észleltük. Nem értünk egyet azoknak a nézetével, a kik az aspiratio linguae létrejöttét a nyelvfelekkel hozzák kapcsolatba. Hogy a szerzőknek egy része éppen akkor észlelte az aspiratio linguae-t, a midőn azt a nyelvfeleknek a feloldása előzte meg, ez lehet véletlen összeesés, de okozati összefüggést abban, nézetünk szerint, nem igen lehet keresni. Nem képezi ugyanis a nyelvfelek a nyelvnek olyan támasztékát, a mely egyedül hivatva volna arra, hogy azt a rendes helyzetében megtartsa, másrésről a feleknek csakis azt a részét oldjuk fel, a mely a nyelvet a megkívánt mozgásában akadályozza, t. i. a feleknek a hártás részét. Ezzel tehát a nyelv csakis a rendes mozgási képességét kapta vissza, a mely eddig a csecsemőt pl. a szopásban akadályozta, de semmi esetre sem nyert túlmozgékonyt. Viszont, ha a légzési akadály mellett a nyelvfeleknek az átmozgása volna oka az aspiratio linguae keletkezésének, akkor nehezen értelmezhetők a *Bouchut*, *Droste* dr. s másoknak esetei, a midőn a nyelvfelek hiányosan volt fejlődve, vagy plane azon eseteket, a hol a nyelvfeleknek hosszú tapadása miatt, rövid nyelvfelek mellett fejlődött a bántalom, a hol tehát a nyelvnek a mozgása úgyszólván bizonyos mértékben akadályozott volt. Különben is tapasztalhatjuk nap nap után, hogy tekintet nélkül a nyelvfeleknek a hosszúságára vagy rövidségére a csecsemőknek a nyelvét, ha felhajlítjuk, az mindig eléri a szájpadot. Az okot tehát úgy látszik másban kell keresnünk.

Nézetünk szerint bizonyos praedisponáló momentumoknak kell jelen lenni, a melyek adott esetben az aspiratiót kedvezően befolyásolják, mert különben sokkal több aspiratio linguae esetet kellene észlelnünk, tekintve a csecsemőkori coryzák elég gyakoriságát, mint a mennyit tényleg látunk. Ilyen praedisponáló momentumnak tartjuk első sorban a rendesen szűkebb orrnyílásokat, másodsor az erősen kitöltött nyelvfeneket vagy nyelvvalapot. Az első eset, ha jelen van, már enyhébb coryza is elegendő arra, hogy az orrjáratok teljesen elduguljanak s a csecsemő kényszerítve legyen csak a száján át légezni. Ha a nyelvfenék erősen ki van töltve, legyen az akár az erősen megnagyobbodott sublingualis mirigyek által, vagy a nyákhártya erős megvastagodása által feltételezve, akkor a nyelvfenéknek megfelelő mélyedést tulajdonképpen alig találunk, az annyira ki van töltve, hogy az inyeknek a magasságával majdnem egy szintbe esik. Ilyen esetben a nyelvet majdnem minden esetben széleivel kissé felhajlítva s az alaptól erősen elemelkedve találjuk, már a gyermeknek enyhe sírásánál is. Ezen praedisponáló momentumok azonban, ismét hangsúlyozzuk, csak elősegíthetik a kóros nyelvtartás kifejlődését. Úgy látszik ugyanis, hogy az aspiratio linguae-nél, a nyelvnek abnormis innervációjával van dolgunk, a mint azt *Politzer* is felvette a lágy szájpadra, az első élethónapokban levő csecsemőknél. A nyelvnek tökéletlen innervációja játszaná tehát szerintünk a legfőbb szerepet az aspiratio linguae-nél. Az ilyen elégtelen innervatio mellett könnyebben érthető, hogy szájon át történő légzésnél, a nyelv hátrafelé sodortathatik az erős légáramtól, a mit a csecsemő éppen az elégtelen innervatio miatt ismét eredeti helyére visszahozni nem képes. Még erősebben meg van erre adva az alkalom, ha a nyelv az imént említett okoknál fogva a szájban magasan ül: a fokozottabb inspirationál a levegőáram mintegy beleütközik a gyengén innervált nyelvbe, azt magával sodorja s fuladást okoz. A nyelvnek elégtelen innervációja mellett bizonyítana ama tapasztalat is, hogy az aspiratio linguae-eseteket majdnem kizárólag az első életheteken vagy hónapokban levő csecsemőknél lehet észlelni, a mikor a nyelvnek az innervációja még egyáltalában tökéletlen; a későbbi korban, az erőteljesebb s helyesebb nyelvinnervatio mellett aspiratio linguae-eseteket alig, halálosokat egyáltalában nem észlelünk.

Az aspiratio linguae-nek a prognosisa komoly, sőt a mint a tapasztalat bizonyítja az eseteknek nagy része halálosan végződött. Az irodalomban csak néhány gyógyult eset van felemlítve. Ezen esetekben is úgy látszik a lefolyás sokkal

rövidebb volt mint az rendesen tartani szokott. Mert, ha a rohamok nem is olyan erősek, hogy ezek alatt áll be a halál, a táplálkozás annyira csökken, a nyugalom annyira zavart, hogy ezek következtében atrophia áll be s exitus.

A therapiát illetőleg felemlítjük, hogy *J. L. Petit*nek sikerült néhány esetet megmenteni az által, hogy miután a nyelvet eredeti helyzetébe visszahozta, arra egy vastag compressst helyezett, a melyet egy pólyával megerősített az áll körül. *Dieffenbach* a nyelv hegyén — tü segélyével — vékony szalagokat vezetett keresztül, a melyeknek a lelőgő végeit összekötötte s tapaszt segélyével fixálta az arcznak az alsó részén. *Henoch* ugyancsak catgut-fonalat vezetett a nyelv hegyén keresztül, a melyeknek a végeit az állkapocs alatt erősítette meg. Említett beavatkozásokkal, ha sikerül is néha a betegnek az életét megmenteni, de minden esetre nélkülözök az életmentéshez szükséges két főfeltételt, a nyugalmat és zavartalan táplálkozást. *Hossing* egy luetikus coryzában szenvedő csecsemőnél tracheotomiát végzett. Bár nem közömbös dolog pár hetes csecsemőnél a tracheotomia, tekintve azonban az aspiratio linguae nek a veszélyességét s a nagy mortalitási százalékot, adandó esetben részünkről sem vonakodnánk tracheotomiát végezni életmentés céljából. Igaz, hogy látszólag csekély baj miatt a szülők rendesen nem hajlandók beleegyezni a tracheotomia végzésébe, de a rohamoknak a súlyosságával s gyakoriságával fokozatosan az ellenszegülés is megtörik s akadálytalanul végezhetjük a tracheotomiát.

Összefoglalva az eddigieket, az alábbi következtetésekre jutunk:

1. Az aspiratio linguae az esetek többségében coryza mellett, ritkábban pertussis és laryngospasmus mellett fejlődik, rendesen pár hetes, vagy az első élethónapokban levő csecsemőknél, bizonyos praedisponáló momentumok jelenlétében.

2. A praedispositio mellett a nyelvnek abnormis (elégtelen) innervatioja játsza valószínűleg a főszerepet, mely elégtelen innervatio a gyermek korának növekedésével fokozatosan csökken.

3. Ha egyéb therapeutikus beavatkozások célhoz nem vezetnek, életmentés céljából tracheotomia végzendő.

Irodalom:

1. Journal f. Kinderkrankheiten. 1868. Einige Bemerkungen über die Koryza und den Katarrh der Kinder, von Dr. M. Simon in Berlin.
2. Henle és Pfeifer-féle Zeitschrift für rationelle Medizin. 23. kötet: Ueber den Schnupfen der Säuglinge.
3. Ziemssen-féle Handbuch XII., Kussmaul: Sprachstörungen.
4. Casper-féle Wochenschrift. 1834. Beobachtung Droste dr-tól.
5. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1877. C. Hennig Leipzig: Ueber das sogenannte Verschlucken der Zunge.
6. Henoch: Előadások a gyermekek betegségeiről.
7. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. XXIII. Hossing.
8. Bouchut. Handbuch der Kinderheilkunde. Uebersetzt von Bischof.
9. Grancher, Comby, Marfan: Traité des maladies de l'enfance. 1897.

Közlemény a budapesti „Stefánia“ gyermek-kórházból.

Pseudo-bulbärparalysis a gyermekkorban.

Kármán Samu dr., volt kórházi első segédorvostól.

A pseudo bulbärparalysis vagy paralysis glosso-pharyngo-labialis egyike a ritkább kóralakoknak, a gyermekkorban pedig a legkritikább megbetegedések egyike. A bántalom csak a 80-as években lett ismeretes néhány jól megfigyelt eset alapján, a melyek sectióra is kerültek. Régebben valószínűleg a bulbärparalysissal egy kalap alá vonták. *Lepine* hívta fel a figyelmet arra, hogy bizonyos két oldali cerebralis laesiók ugyanolyan tünetekkel járnak, mint a *Duchenne* által 1860-ban leírt bulbärparalysis vagy paralysis labio glosso-laryngea, a melynél tudvalevőleg a baj székhelye a nyúlt agyban a hypoglossus, accessorius, vagus és facialis magvakban van.

Azóta többen írtak le pseudo bulbärparalysis eseteket, így *Puica*, *Berger*, *Fuller*, *Oppenheim* és *Siemedling*, *Leresche*, *Münzer* stb. többnyire klinikus észlelés és bonczleletek alapján. Eseteik majdnem mindegyike korosabb egyénre vonatkozik, a kiknél rövid idő alatt exitus letalis állván be, a sectio által

a baj lényege ismeretes lett, s így az aránylag gyér esetekből sikerült a bántalmat a valódi bulbärparalysistól élesen elválasztani.

Az anatómiai elváltozások többnyire a basalis dúcokban különösen a lencsemagban székeltek és pedig mindkét oldalon. Néhány izben egyoldali häorrhagicus cysta a központi tekervény alsó részében, egy más esetben a jobb corpus striatum-ban volt egy lágyulási gócz. *Oppenheim* és *Siemedling* három esetben nemcsak a nagy agyféltekékben, hanem mikroszkopikus elváltozásokat a hídban és a nyúlt agyban is találtak, ezek tehát cerebro-bulbär glosso-pharyngo-labialis hűdések voltak. Szerintök a vérzések okozta pseudo bulbärparalysisek között ezen alakok a leggyakoribbak. *Münzer* esetében, — a mely egy 43 éves asszonyra vonatkozik, a kinél néhány hó alatt bulbärparalysis fejlődött ki, a mely rövidesen halállal végződött — az elváltozások az agy és agyhártyákban található syphilitikus gummákból állottak.

A bonczani elváltozások okai a legtöbb esetben vérzések voltak. Az illetők atheromatosisban szenvedtek és a baj apoplexia következtében keletkezett. Ezen körülmény magyarázhatja meg leginkább, hogy miért olyan ritka a pseudo bulbärparalysis a gyermekkorban, a hol az endoarteritis, illetve az agy ütereinek miliar aneurysmái sohasem fordulnak elő. További aetiologikus momentumokként syphilis, sclerosis volna említhető.

Az eddig közölt klinikai észleletek és bonczleletek alapján ma már a bántalom élesen van körülírva, úgy hogy könnyen megkülönböztethetjük a valódi bulbärparalysistól. A pseudo bulbärparalysis többnyire hirtelen lép föl apoplexiás roham után, a tünetek mindjárt a maximumot érik el, az ajk és nyelv hűdéshez a facialis hűdése is társul, sokszor pedig hemiplegia is kíséri. Utóbbi nemsokára visszafejlődik, vagy javul. A reflexek megtartottak, a hűdött izmok nem sorvadtak, elfajulási reactio nincs. A baj nem fokozódik, hanem inkább javul, ha csak a vérzés következtében más fontos részei az agynak nincsenek bántalmazva, a melyek halálhoz vezethetnek, vagy pedig azon szervi elváltozások, a melyek következtében a vérzések föllépnek, már önmagok is elegendők az egyén gyors elpusztítására akár directe, akár pedig az által, hogy újabb súlyosabb természetű vérzéseket okoznak. Ezen symptomákhoz társul egy fontos negatív tünet, tudniillik, hogy a vagus soha sincs bántalmazva, a mely a valódi bulbärparalysissal — a mely progressív jellegű bántalom — az előrehaladott stadiumban sohasem szokott hiányozni és a hol a hűdött izmok már korán beálló atrophijája és elfajulási reactioja már a baj elején is könnyen felismerhetővé tehetik a bántalmat.

És így daczára a kórkép hasonlóságának, a legtöbb esetben élesen fogjuk elkülöníthetni a két bántalmat egymástól.

A pseudo bulbärparalysis mint említettem — mint önálló bántalom a gyermekkorban a legkritikább bántalmak egyike, valószínűségi okára is rámutattam. E bántalom casuistikája alig 1—2 esettel szerepel a rendelkezésemre állott irodalomban. A legjelesebb és nagy tapasztalattal bíró gyermekorvosok tankönyveikben fel sincs említve. Egy esetet közölt *Brück* 1891-ben ugyancsak kórházunk beteganyagából, a mely egy 12 éves gyermekre vonatkozik, a kinél valószínűleg hagymáz után (ezen diagnosissal lett kezelve vidéken) 8 nap alatt lassanként pseudo bulbärparalysis tünetei fejlődtek ki, a melyekhez a felső végtagok enyhe hűdése csatlakozott. A bántalom néhány heti kórházunkban való tartózkodása alatt teljesen visszafejlődött. Természetes, hogy ennél fogva a bántalom anatómiai elváltozásai felől teljesen homályban vagyunk. *Brück* azt hiszi, hogy valószínűleg csak functionalis eltérésről lehetett szó.

A pseudo bulbärparalysis felette nagy ritkasága a gyermekkorban teszik jogosulttá e körülményt és az eset részletes leírását.

P. Paula 4 éves gyengébben táplált leányka folyó évi szeptember 13-dikán jelentkezett ambulantiánkon, anyja főpanaszát az örökös nyálfolyás képezi.

Az anamnesisre vonatkozólag — annak előrebocsátása mellett, hogy a csekély intelligenciájú napszámos asszonyok anamnesise különösen, ha az néhány évre nyúlik vissza, nem igen megbízható, — a következőket említhetjük: A szülők egészségesek, 12 gyermekük közül 3 csecsemőkorában, 1 néhány éves korban, ismeretlen bajban haltak el. A beteg a 12-dik gyermek. Testvérei egészségesek. Szülés rendes volt; a fogak áttörése, járási képesség rendes időben léptek fel. 5 hónapos koráig szopott. Ekkor hirtelen láz lépett föl, mely 2 hétig tartott és a mely idő alatt gyakran voltak ráng-görcsei, ez idő alatt szopni absolute nem tudott. A ráng-görcsök megszűnése után állapota ugyan javult kevésbé, de a szopás nagy akadályokba ütközött, mivel a gyermeknek a szívóképesége csökkent, másrészt a kiszívott folyadék ismét kiesurgott a szájából. Ezen idő óta állapota mai napig nem változott.

A betegnél — kinek súlya 14.72 kg. — a csontrendszer lényeges alakí elterést, nem mutat. Izomzat középtérfogató és tömörségű. Bőralatti kötőszövet zsirtartalma csekély. Bőrszín halvány. Látható nyákhártyák középértartalmúak.

Mellkasi szervek — eltekintve csekély tüdőhuruttól — és hasi szervek fölött eltérés nem mutatható ki.

A koponya körfogata 47 cm.

(mellkas körfogata a bimbó magasságában 52.5 cm.)

Bitemporalis átmérő 11.4 "

Biparietalis 13.4 "

Fronto occipitalis átmérő 16.4 "

Mento occipitalis 19.6 "

Homlok alacsony, oldalt összenyomott, erősebben szőrözött, redőtlen; redőzés szabadon bár, de kissé renyhén történik. Arczkifejezés idiotaszerű, intelligentia épnek látszik. Az arc alsó részében széles. Szemek állása, mozgása, papillák viszonyai normalisak.

A két *sulcus naso labialis* kissé elsimult és pedig jobb oldalt erősebben. Az alsó ajak előre és kissé mélyen áll, mi által az ajakrés állandóan nyitva van. A kemény szájpad boltozata magas. A nyelv rendes nagyságú, mozgásai minden irányban jelentékenyen csökkentek, kinyújtani nem képes. A nyelvet különböző alakba hozni képtelen. A lágy szájpad kissé renyhén mozog, a nyelvcsap kissé balra hajlott, csücskével a bal mandolára fekszik, helyzetéből kitérítve, ismét ugyanoda visszatér. A *sulcus mentalis* kissé elsimult.

Az arcizmokban a reflexek megtartottak. A rágóizmok nyomóereje csökkent.

Az érzékenység úgy a száj, mint az orr és hallójárat nyálkahártyaiban, valamint az arczon csökkent. Hőérzékenység megtartott. Szaglász-érzék normalis. Izzérezékenység csaknem teljesen hiányzik.

Az elektrikus viszonyok úgy a hűdött, mint a többi izmokon normalisak.

A szájából állandó nyálesurgás. Az evés igen jellegző. Egész kis darabkákat tesz a szájába, melyet ujjával jó mélyre tol, a midőn a falat az inyitorlákhoz ér, többszörös nyelési mozgást végez — nagy erőltetéssel, a míg végre sikerül azt lenyelni.

A folyadék bevitele még nehezebb, a mennyiben annak nagy része a szájon át kiömlik, miután az ajkakat zárni nem képes; gyorsított nyelésnél az orron át is regurgital. A beszéd rendkívül nehezített dumogó, mindazon betűket, a melyeknek képzéséhez az ajkak vagy a nyelvnek mozgása szükséges, kiejteni nem tudja. Beszédje ennél fogva csaknem teljesen érthetetlen.

A beteg állapota két heti kórházunkban való tartózkodása alatt semmit sem változott.

A fent leírt tünetek alapján a kórisméhez azt hiszem kétség nem férhet.

Hogy esetünkben milyen agyi elváltozásoknak tudandó be a bántalom, a felől természetesen homályban vagyunk, miután az eset sectióra nem került és a bántalom fellépési ideje alatt észlelésünk alatt nem állott. Velezületett agyi elváltozások kizárhatók, miután 5 hónapos koráig a gyermek,

anyja állítása szerint teljesen egészséges volt. A baj hirtelen fellépte vérzés mellett szólana, ezt azonban valószínűtlené teszi mindazon momentumok hiánya, a melyek agy-vérzést okozhatnak, trauma, pertussis, embolia, endocarditis stb. És így arra kell gondolnunk, hogy egy cncephalitikus folyamatnak a következményével állunk szemben, a mely föl-vétel megmagyarázná a) a láz kíséretében fellépett makacs eclampsiát is, a mely két heti tartam után teljesen megszűnt és többé nem ismétlődött, és b) a pseudo bulbarparalysis tüneteinek stabilitását.

Irodalom:

Brück: Paralysis glosso-pharyngo-labialis esete egy 12 éves fiúnál. Gyógyászat 1891.

Berger: Paralysis glosso-pharyngo-labialis cerebialis. (Bresslauer ärztl. Zeitschrift 1884.)

Oppenheim és Siemding: Mittheilungen über Pseudobulbarparalyse und acute Bulbarparalyse. Berl. klin. Wochenschr. 1886.

Münzer: Ein Beitrag zur Lehre von der Pseudobulbarparalyse. Prager Wochenschr. 1890.

Grasset-Rauzier: Traité pratique des maladies du système nerveux.

Virchow-Hirsch: Jahresbericht.

Schmiedt's Jahrbücher.

Kisebb közlések a budapesti „Stefánia“ gyermek-kórházból.

1. Symmetricus gangräna (Raynaud-féle kór) esete gyermeknél.

Berend Miklós dr. egyetemi tanársegédétől.

A Raynaud által 1862-ben leírt kóralak a legritkább idegbántalmak egyike. Sok esetben nem is tekinthető önálló megbetegedésnek, hanem részjelensége lehet syringomyeliás, tabeses megbetegedésnek. Kétségtelennek látszik, hogy aránylag gyakran fejlődik hysteriás valamint epilepsiás egyéneknek. A legkülönbözőbb dolgokkal hozták már összeköttetésbe a gangräna symmetrica fellépési okát — kutyaharapástól egész a psychosis-ig. Meghűlés, acut infectious betegségek, általános táplálkozási zavarok, túlságos testi megerőltetés (Maydl), erős kedélyizgatottság (Nedopil) is meg vannak említve mint kórokozó momentumok, sőt Hameau esetében egy tövis szúrására vezeti vissza a megbetegedést. Látták fellépni morphium- és chloralmérgezés után, diphtheria után (Powell). Látták csatlakozni urámiához (Nitken); sárgalázhoz (Urguhart). Mendel esetében diabetes mellitus mellett lépett föl, Havas és mások chloroanémia mellett látták fellépni.

Kétségtelennek látszik már Hochenegg előtt is, a ki már 1886-ban nagyobb monographiában foglalkozik a Raynaud-féle kórral, hogy míg az alapbaj különböző természetű és eredetű, de neuropathicus terheltség, fiatal kor, abnorm ideg ingerlékenység, gyenge szervezet, elősegíteni látszanak a bántalom fellépését.

Az újabb időben leírt esetek közül érdemes megemlíteni a Harold-ét. Ez egy 4 éves fiúra vonatkozik, a kinél a bántalom egy rohama mindkét láb spontán amputációját idézte elő.

Hogy mi a gangräna symmetrica lényege — még eddig nyílt kérdés. A legtöbb szerző azonban Senator nézetéhez csatlakozik, a ki azt vette föl, hogy egy angiospasmus van jelen, melyet a localis asphyxia követ. E mellett szólna azon körülmény, hogy egyik-másik betegnél a roham alatt látótér-szűkület és a retina edényeinek szűk volta mutatható ki. E nézet szerint a Raynaud-féle kór épen ellentéte az erythromelalgianak, a melyet edényhűdésnek fognak föl. Miután pedig az erythromelalgianál újabban a nyaki gerinczagyban — a tractus intermedio-lateralisban — degeneratív elváltozásokat vesznek föl, közel fekszik azon lehetőség, hogy a Raynaud-féle kór okát is a nyaki gerinczagy eddig ismeretlen elváltozásainak tudjuk be.

A bántalom inkább támad meg nőket, mint férfiakat. Morgan 93 esetéből 24 vonatkozik 10 éven aluli gyermekekre. A legfiatalabb egyén, a kin a megbetegedést észlelték, 1½ éves volt. (Mendel.)

Az általunk észlelt eset egy 6 éves fiúra vonatkozik, a kinek kórelőzményéből csak azon egy adatot tudom kiemelni, hogy anyja két ízben abortált. A gyermek születése rendes volt, korán tanult meg ülni, járni, beszélni. Három éves korában egy téli hónapban kezdődött jelen megbetegedése, mindkét fülkagyló széli részének vörös-kékes elszíneződésével. Ugyanekkor nagyobb, égető jellegű fájdalmak is léptek föl a fülekben, melyek 1—2 hét alatt teljesen kifekélyesedtek. Majd elmúlt a kékes elszíneződés, de mielőtt a fekélyek teljesen begyógyulhattak volna, újabb roham lépett föl, a mely ismét hetekig elhúzódott, úgy hogy teljesen a fülei azóta sohasem gyógyultak be.

Egy év múlva hasonló rohammal jelentkezett a bántalom mindkét lábán, később pedig a kezeken is. Fekélyek úgy a kezeken mint a lábakon rendszeren visszamaradtak az egyes rohamok után, s ezek hegesedéssel gyógyultak. Télen állapota mindig rosszabbodik, nyáron eleinte javult, de az utolsó nyáron már ezen javulás is elmaradt. A kórházba fölvetelkor a jól táplált és fejlett, ép intelligenciájú betegnél az idegrendszer vizsgálata rohammentes időben semminemű eltérést nem mutat. A reflexek nem fokozottak, pupillák egyenlők, jól reagálnak, sem az érzési, sem a mozgási körben nincs eltérés. Mindkét fülkagyló széli részén körülbelül babnyi nagyságú anyagihiány látható, a mely barnás pörkkel van fedve. Az anyagihiány szélein a bőr kékesen elszíneződött. Úgy a kezek mint a lábakon, különösen azok háti felületén néhány sima, fényes, fehér heg látható, melyek krajezárnyi, egész tallérnyi mekkorásúak.

A fölvetelt követő napon mindkét lábon a bokák magasságáig hirtelen sötétkékre színeződik a bőr; a lábak hideg tapintatúak lesznek, a beteg úgy spontan, mint érintésre igen heves fájdalmakról panaszkodik. Az elszíneződés határa 1 cm.-rel a bokaizület fölött van, mindkét oldalt egyenlő magasságban. A határ, a hol az ép bőr a szederjes, hideg tapintatú bőrrészletbe átmegy, teljesen éles.

Legsötétebb, majdnem feketés az elszíneződés a nagy ujjak körme körül s e helyen egyszersmind a fájdalmak is legélénkebbek.

Roham alatt a térdreflexek fokozottsága, továbbá kissé fokozott bőrérzékenység mutatható ki faraditus árammal. Látótérszűkület nem constatálható. Nehány óra múlva a fájdalmak, valamint az elszíneződés szünni kezdtek, 24 óra alatt az egész roham visszafejlődött, csak a jobb láb nagy ujján, valamint a bal láb talpán maradt vissza egy igen fájdalmas krajezárnyi feketés folt, melynek fölháma levált és kékesen elszíneződött szélű, mérsékeltlen genyedő mély fekélyek keletkeztek, melyek gyógyulása 2½ hetet vett igénybe; anyagihiány a gyógyuláskor vissza nem maradt.

A felvételnél a füleken látható elváltozásokat, valamint a lábakon látható fekélyeket bőrkenőcskezelésekkel kezelve, a füleken is néhány nap alatt javulás állott be.

Mikor azonban már a behámosodást vártuk, újra asphyxiás roham következett be a füleken is, melyeknek fekélyei észleletünk egész tartama alatt — 1898. december 1-sejéig, öt ízben szenvedtek el asphyxiás rohamot.

A rohamok a füleken nem mindig mutattak teljesen részarányos jelleget. Megtörtént, hogy az egyik fülön föllépett egy roham és a másik fülön csak 24 óra múlva. Kétségtelennek látszott azonban, hogy minél közelebb volt egyik fül a teljes gyógyuláshoz, annál bizonyosabban volt várható újabb roham föllépése. November közepén a jobb láb hüvelykujjának körülírt, igen fájdalmas, teljesen szederjes elszíneződése lép föl, míg a bal oldalon csak csekély livid-piros elszíneződés látható. Ezen roham után a jobb láb hüvelykujjának körmén panaritium fejlődött, a köröm teljesen levált és egész csontig hatoló, mély fekély maradt vissza, mely még a beteg elbocsátásakor sincs begyógyulva.

Összesen 8 rohamot észleltünk, ezek közül öt a füleken, 3 a lábakon folyt le. A rohamok mindig spontan léptek föl, mesterségesen nem voltak előidézhettek, sem meleg, sem hideg, sem villámingerlés, sem az edények vagy idegek leszorítása által. A rohamok alatt a beteg mindig láztalan, a fájdalmak igen

nagyok, de a tapintóérzés legtöbbször csökkent a megtámadott területeken.

A rohamok tartama különböző; félóránál rövidebb és 24 óránál hosszabb tartamú rohamot nem láttunk.

Gangrána symmetrica kóriszmzésénél *Havas* szerint következő bántalmakat kell kizárnunk: *Erythema perstans*, *congelatio*, szív- vagy véredény-megbetegedés következtében létrejött cyanosis, angiokeratoma, Morvan-féle kór, *erythromelalgia*, *sclerodactylia* és lepra.

Mindezek könnyen kizárhatók a jelen esetben, melyhez hasonló csak igen keveset találunk az irodalomban; ilyen volt a *Tweedy* esete, a kinél egy 25 éves ember fülein állottak fenn ugyancsak a legnagyobb elváltozások, de a fülek megtámadottsága, még egyszer hangsúlyozzuk, igen ritka.

Esetünk annyiban is tanulságos, hogy a *Frentzel* által hangsúlyozott beosztást, mely szerint három alakot különböztetünk meg: 1. localis symmetricus syncopet; 2. localis symmetricus asphyxiát és 3. localis symmetricus gangránát — a mi esetünk is igazolja.

Láttunk mi is valószínű abortív rohamokat, a melyek egyedül kipirosodás, lehülés és csökkent érzékenység által nyilvánultak, máskor pedig az első két stádiuma oly gyorsan folyt le, hogy a roham kezdete után néhány órával már kezdődtek az elhalás tünetei. A mi azonban esetünkben kiválóan feltűnő és a mit hangsúlyozni akarunk, az, hogy a rohamok tartama egyáltalán nem áll arányban azok súlyosságával.

Sachs: Nervenkrankheiten des Kindesalters. 1897.

Grancher-Comby-Marjan: Traité des maladies des enfants. 1897.

Havas: A Raynaud-féle megbetegedésről. 1897.

Virchow-Hirsch: Jahresberichte: 1888., 1890., 1891., 1894., 1895. és 1896. kötetei. (II. rész.)

2. Bélinvaginatio spontan gyógyult esete.

Tudjuk, hogy a gyermekkor praedisponál invaginatio fejlődésére. Nem is szólva arról, hogy agonalis invaginatio leggyakrabban a gyermekkorban fejlődnek, kétségtelen, hogy a bélinvaginatio fele a gyermekkorra esik; a gyermekkor invaginatio harmadrésze a 3—12. élethónapban szokott előfordulni. Tudjuk és minden tankönyvben le van írva ezen esetek spontan gyógyulása nemcsak az által, hogy újra ki-egyeneseedik massage, bélbeöntések stb. következtében a bél, de az által is, hogy az intussusceptum leválk, míg az intussusceptiens bélrészlet egy ugyanakkor lefolyó adhaesiv lob által összetapasztatik. Az intussusceptum leválása és kiküszöbölése hasonló esetekben vagy *exfoliatio insensibilis* útján történik, mikor a bélsárhoz apró, necroticus béldarabok keverődnek, melyek kiválása napokig tart, vagy pedig in toto távozik el a kivált rész. Ez utóbbi esetben természetesen a felismerése az addig esetleg homályos kórképnek egész könnyűvé van téve.

Cruveilhier leír egy esetet, mikor a levált bélrészlet hossza 3 méter volt — ez tudtommal a leghosszabb, élőben levált béldarab, melynek kiürülése után gyógyulás beállt.

Több ilyen eset későbbben bonczolatra került, így a *Brydon* esete, a kinél a spontan gyógyulás után néhány hóval újra bélelzáródás lépett föl és a beteg elpusztult hasbántalomban. Az első gyógyulási helyen nagyfokú heges szűkület találtatott, úgy hogy a bél csak a kis ujj számára volt átjárható. Ugyanott erősen redőzve és hegesen megvastagodva találták a mesenteriumot is.

Érdekes a *Birch-Hirschfeld* által leírt eset. A spontan gyógyult betegből fél méter hosszú béldarab és kisebb czafatok távolodtak el; fél év múlva a beteg kanyaró miatt újra kórházba jött, annak következtében meghalt s a bonczoletnél azt találták, hogy két, különálló, teljesen gyógyult invaginatioja volt.

Az ileum a vastagbélbe ment át, a Bauhin-billentyű és a féregnyulvány hiányzottak; e helyen széles, köralakú heg volt látható. A colon descendens és transversum átmeneti helyén éles szélel kezdődő béltágulat, ennek alsó végén ugyancsak körkörös heg. A serosán is vastag heges gyűrű látható. Két intussusceptio volt tehát annak idején jelen;

egyiknél a vékonybél volt betüremkedve a vastagbélbe, másiknál a felszálló remese a haránt remesébe.

Hogy az invaginatio ismétlődésre hajlammal bír, azt nemcsak a *Brydon*, de a *Birch-Hirschfeld* esete is mutatja, mert az említett gyógyult invaginációkon kívül a jejunumban még 3 helyen találtak könnyen feloldható intussusceptiót.

Az ismétlődésre való hajlam és a gyógyulás után visszamaradó heges szűkület még hónapokkal a levált rész kiküszöbölése után is adhatnak okot súlyos és az életet veszélyeztető bélzavarok keletkezésére, úgy hogy a kórjósolat még a leválás után hónapokkal is kétes *quo ad completam sanationem*. Számos eset van leírva, mikor 4–6 hónappal a leválás után bélszűkület tünetei léptek föl, más szerzők pedig hosszadalmas bélhurutokat emlitenek. Mint curiosumot megemlítem e helyen *Treres* azon, unicumnak látszó esetét, mikor az intussusceptio úgy gyógyult, hogy az intussusceptum fala megrepedt és a bélsár az intussusceptum és intussusciptiens között mozoghatott tovább.

Egy általunk észlelt spontan gyógyult invaginatio kórtörténete röviden a következő: Az addig egészséges 8 éves fiúgyermeknél két napi székrekedés után egy véres nyálkás széklet ürült, azóta székletei nincsenek. A „Stefánia” gyermekkorház ambulans rendelésén a megbetegedés 4-dik napján, a véres széklet eltávolodása után két nappal mutatott be. A gyermek egy nap óta gyakran hány, igen bágyadt, arcza sápadt, szemei beesettek, ütérlökése kissé üres és szapora, száma p.-kint 100. Láztalan. A has mérsékelten puffadt, a köldöktáján spontan és nyomásra érzékeny, ileocecalis korgás és a gyomortájék elődomborodása constatalhatók.

A has fölött váltakozó dobos kopogtatási hang, a hasfalak erősebb feszülése miatt a tapintás igen nehezített; resistens, vagy fájdalmas képlet nem tapintható. A végbél kissé tágult. A kórismét a felsorolt tünetek alapján invaginatio-ra és pedig valószínűség szerint vékonybélinvaginatio-ra tettük s a beteget elkészítettük a másnap végzendő műtetre. Addig pedig Öser-féle obturátorral bélmosást végeztünk, a mikor egy véralvadéktól teljesen körülzárt elhalt *ascaris* ürült ki. A kimosó folyadék is véresen festenyzett, bélsárt nem tartalmaz.

Másnap a bágyadtság fönnáll; de a has puhább, érzékenysége megszűnt és a hányás is csökkent. Sennafőzettel végzett újabb bélmosásnál néhány vérrög távozott, egy órával ezután pedig hig véres barnás, székreseleket is tartalmazó tömeg, melynek láttára a műtétől egyelőre elállottunk és kizárólagosan lobellenes eljárásra szorítkoztunk. Harmadnap háromszor volt hig széklete; a hányás megszűnt, valamint a has puffadtsága is. A fölvételt követő 5-dik, a megbetegedésnek pedig 9-dik napján a betegből széklet alkalmával egy 50 cm. hosszú bélrészlet távozott, mely az ileum egy részének felel meg a hozzá tartozó mesenteriummal. A bél palaszürkén elszínesedett, két vége üszkösödött. A beteg ezután gyorsan tért magához, a bágyadtság megszűnt, de még körülbelül két hétig voltak naponta 2–3-szor hurutos jellegű hig pépes székletei. Jelenleg 5 hó folyt le a megbetegedés óta és a bélműködése teljesen kifogástalan, a gyermek közérzete és táplálkozási állapota teljesen kielégítő.

Az eset több tekintetben érdekes. Mig rendes körülmények köz 14–21 nap szokott eltelni a levált bélrészlet kiürüléséig, az a mi esetünkben 9 nap alatt következett be. Legérdekesebb az esetben azonban az, hogy már a megbetegedés 3-dik napján meg kellett történnie az elhalásnak, a nélkül, hogy az súlyosabb tüneteket idézett volna elő; első sorban a nélkül, hogy az egész lefolyás alatt hevesebb fájdalmak lettek volna észlelhetők. Valóban föl kell vetnünk azon kérdést, hogy ha mi a betegség 4-dik napján, a mint azt eleinte terveztük, beavatkozzunk, vajjon nem okozhattuk volna-e az invaginált bélrészlet keresése közben az épen akkor összetapadt bélrészletek szétválását és így egy általános hashártyalobot? Erre a kérdésre pedig csakis igenlőleg válaszolhatunk. Mert tapasztalati tény, hogy egy, sőt még két napos bélösszenövés is könnyen szétválhat s így föltétlenül indokolt

volt az adott körülmények közt, hogy a megállapított kórisme daczára a beavatkozással nem siettünk.

Érdekesé teszi az esetet végre a gyors gyógyulás. Mig a legtöbb esetben számos hétig állottak fönn fájdalmak a leválás után és vannak esetek leírva (*Böttcher*, *Brydon*), hogy a gyógyulás 2–3 hóig is eltartott, addig az a mi esetünkben néhány nap alatt következett be.

Virchow-Hirsch: Jahresber. II. k. 1888., 1892., 1895., 1897.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Karl Hochsinger dr.: Studien über die hereditäre Syphilis. (Beitrag zur Kinderheilkunde. Herausg. von Prof. M. Kassowitz. Neue Folge 7.) Leipzig u. Wien, F. Deuticke. 1898.

Az orvostudományak alig van fejezete, mely több vita tárgyát képezte volna, mint a lues hereditaria tarda. 1558-ban a híres *Paracelsus* ismeri fel mint első, a syphilitikus átöröklést. Ettől kezdve sok változáson ment át e tan, míg a mult század vége felé *Hunter* a syphilis átöröklését teljesen tagadja. Eme kiváló orvos nagy tekintélye hosszú időre befolyásolta a következő munkálatokat. Csak e század 40-es éveiben kezd a kérdés, különösen az angol *Abraham Colles* és a francia *Beaumès* buvárlatai folytán, ismét a helyes mederbe térni. Az utolsó évtizedek gazdag irodalmában a *Kassowitz*, *Hutchinson*, *Finger*, *Düring* és *Fournier*-től származó munkálatokat kell mint legkiválóbbakat kiemelnünk.

Hochsinger jelen tanulmányában nem adja a veleszületett syphilis rendszeres tárgyalását, hanem csak egyes fontos részleteket tárgyal tüzetesen 438. általa és *Kassowitz* által a bécsi I. öffentl. Kinder-Krankeninstitut anyagán megfigyelt eset alapján. A kötet 3 főrészre oszlik.

Az első részt a „*Colles-féle törvény*” tárgyalása tölti be. Ezen törvény szerint tudvalevőleg azon anya, a ki nemi érintkezés által nem szerzett syphilist, bujakóros magzata által magasfokú immunitást szerez mindennemű luetikus infectio iránt. Ezzel szemben az újabb francia iskola. első sorban *Fournier* azt hangoztatja, hogy az anya bujakóros magzata által lappangó syphilist szerez mindig (*choc en retour*), melynek egyedüli bizonyítéka, az anya későbbi immunitása. Szerző a *Fournier*-féle hypothézist teljességgel tagadja és saját megfigyelése alapján a *Colles*-féle törvénynek ad igazat, kiemelve, hogy a kevés kivétel e törvény alól csak a szabályt erősíti meg. A *Hutchinson*, *Finger* és *Fournier*-féle „*choc en retour tertiäre*”-rel szemben is tagadó álláspontot foglal el úgy theoretikus speculatio mint tapasztalatai alapján is. A *Hutchinson*-féle fogdiformitásról szólva, *Hochsinger* azt kizárólag az angol-kórának tulajdonítja, tagadva direct összefüggését a lues hereditariával. Szerző szerint csak egy biztos stigmája létezik a veleszületett bujakórnak s ez: vastag ajakszélek, melyekből sugáralakú sebhelyek indulnak ki.

A második rész a veleszületett bujakór korai stadiumaiban felépő „*diffus bőrinfilitatio*” (*Kassowitz*) klinikai és szövettani oldalait világítja meg. A lues hereditaria eme bőr-manifestációjának mai ismerete első sorban ama kitűnő munkának köszönhető, melyet 1859-ben *Mayr*, *Friedinger* és *Zeissl* a *Jahrb. f. Kinderh.*-ben tettek közzé. A legújabb irodalomban csak *Madier-Champvermeil* foglalkozott behatóbban e tárggyal. A *Trousseau* által felvett „*psoriasis palmaris és plantaris*” elnevezést szerző elejtendőnek tartja és helyébe a „*diffus heredit. syphilitikus bőrinfilitatio*” elnevezést ajánlja, mely a bántalom lényegének jobban felel meg. Eme bőrinfilitatio *Hochsinger* szerint leggyakrabban az 5-dik élethétben lép fel. A következő fejezetek a bántalom szövettanát tárgyalják részletesen.

A harmadik rész a veleszületett lues visceralis tüneteit tárgyalja. A bántalomra különösen jellemző szerző szerint, hogy ellentétben a szerzett syphilissel mindig mint diffus infilitatio lép fel. Kórboneztani leletek alapján szerző azon eredményre jut, hogy a korai lues hereditaria első tünetei a foetus bélmirigyjeiben lépnek fel, első sorban a májban. A következő fejezetek a veleszületett máj, vese és tüdősyphilis klinikai, kórboneztani és szövettani viszonyait tárgyalják. Végezetül a lues és tuberculosistól szóló fejezetben szerző oda concludál, hogy létezik egy veleszületett vegyes infectio syphilis és tuberculosissal.

Az élénk tollal irt és sok eredeti felfogást tartalmazó munka, úgy gyermekorvosok, mint börgyógyászok érdeklődésére számíthat. A szépen kiállított kötetet négy színes, művészi kivitelű tábla egészíti ki.

Politzer Alfréd.

II. Lapszemle.

A stomatitis ulcerosa egy új kezelési módja. *Kissel A. dr.* (A moszkvai gyermekorvosok egyesületében 1897. október 22-dikén tartott előadás.)

A stomatitis ulcerosa az esetek többségében oly bántalom, a melynél az orvosi beavatkozás könnyen ér el sikert, vannak azonban esetek, melyek minden szereléssel daczolnak, a kóros folyamat mind mélyebbre hatol s complicatiókép állkapocs necrosis, noma társul hozzá. Szerző, az egyes szerzők (*Vogel*, *Biedert*, *Bohn*) által specificeum-

nak tartott chlorkali helyett más antiseptikus oldatokkal öblögette a száját, úgymint: 1. sterilizált vízzel való gyakori öblögetése után sublimat-oldattal mosta ki a száját; 2. 3%-os bórsav-oldattal való öblögetés után lapis pásztyával edzette a kóros helyeket; 3. kalium hypermanganicum-oldattal öblögette a száját; 4. kezdetben chlorkalit később pedig bórsavat használt s az eredmény nem volt rosszabb mint a chlorkalival kezelt eseteknél. Azon esetekben, melyek a chlorkali, a kalium hypermanganicum és a lapis kezelés dacára nem javultak, szerző a következő eljárást alkalmazta. Az összes rossz fogakat eltávolította; a foghúson, a nyelven, a pofanyákhártyáján lévő fekélyeket éles kanállal kikaparta, a sebes felületekre pedig, az ujra csavart mull-lal jodoformport dörzsölt be, a további kezelés abban állott, hogy naponta kétszer a szájújr, bórsav-oldatba mártott watta tamponnal pontosan meg lett tisztítva és óránként bórsav-oldattal öblögette száját a beteg. Az éles kanál csak egyszer lett alkalmazva, a jodoform bedörzsölés azonban naponta addig, a míg a fekélyes felület meg nem ki-sebbedett, a mi rendesen igen hamar bekövetkezett. Tíz esetben alkalmazta a szerző a kórházban ezen eljárást. A gyógyulás az esetek átlagában négy nap alatt állott be.

Ambulanter kezelt betegeknél is sikerrel alkalmazta szerző ezen eljárást; sok esetben az éles kanállal való kikaparást el is hagyta és csak a jodoform bedörzsöléseket és a bórsav öblögetéseket alkalmazta, ha azonban 2–3 nap alatt javulás nem mutatkozott, akkor az éles kanalat is génybe vette.

Fősúly fektetendő a beteg táplálkozására, szerző ajánlja a csuka-májolajot.

Athetosis és taenia saginata. Rüdél dr. (Weimar) Deutsche med. Wochenschrift. 1898. Nr. 30.

13 éves, hereditár terheltség nélküli leány, hónapok óta sápadt, étvágytalan; 1–2 hét óta váltakozólag, hol a bal, hol a jobb oldalra szorító félfoldali athetosiszerű rángások és göresök lépnek fel a végtagokban, főleg a kezek és lábakban, legkifejezettebben jobb oldalt. A rángások több napi időközökben jelentkeznek s rövid tartamúak; a leány ez idő alatt eszméletlenül van. Roboráló kezelés 14 nap alatt semmi javulást nem mutatott, mikor is a szülők által kifejezett gyanú folytán beadott ricinusolajra a székletben taenia saginata proglottist találtak. Extractum filicis adagolására a taenia fejestől eltávozott; azóta 3 hó mult el s az említett rángások többé nem jelentkeztek. Ezen esetben tehát az athetoid mozgások a taenia saginata izgatása által előidézett reflexjelenségek, kell, hogy tekintessenek.

Faludi Géza dr.

Kanyarónak fény-gyógymódja. Chatinière a Presse Méd. szeptember 10-diki számában négy heves tünetek közt fellépő kanyaró-esetét ismerteti, melyeket oly módon gyógykezelt, hogy teljesen kizárta a fehér fény-sugarakat az által, hogy az ablakot vörös redőnyökkel takarta el s éjjel vörös fényképszámlámpát használt. A betegség 24 óra, illetve négy nap alatt teljesen lefolyt, minden tünete megszűnt s a gyermekek felkeltek, fürödtek s kijártak a hatodik napon. Az egyik gyermek, mely a világosságot nem tartotta elegendőnek ahhoz, hogy játszhasson, a függőnyöket eltávolította, mire az összes tünetek újból rögtön visszatértek, a kütég ismét láthatóvá vált, láz s nagyfokú bányadság állott elő. Mindezen tünetek a vörös függönyök visszahelyezése után két órával eltűntek.

(Ismeretes, hogy Niels R. Finsen Kopenhágában 1893-ban hozta javaslatba a himlős betegeknek vörös fényvel való kezelését s ily módon úgy a suppuratiót, mint a másodlagos hőemelkedést, valamint a hegképződést gátolta meg. A fény kémiai sugarainak kizárását vörös fényalkalmazása által már ekkor mint általános érvényű gyógyelvet mondotta ki a heveny küteges bántalmakra vonatkozólag. Negrosu dr. állítása szerint pedig Romániában régi népszokás kanyarós s más fertőző küteges betegek bőrét cochenille-oldattal bedörzsölni. Ref.)

Loewy dr.

Croup miatt végzett intubatio érdekesebb esete. Benaim A. dr. Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.

Szerző 22 nap alatt 390 óra tartamú intubatiót eszközölt sikerrel egy 7 hónapos csecsemőnél. Ez esettel bebizonyítani törekszik, hogy az 5–6 nap utáni sikertelen extubatiót követő másodlagos tracheotomia, korai. Ily hosszas intubációra felette alkalmasnak véli, O'Dwyer új ebonit tubusait, melyek a régi fémtubusokhoz 2 gr. 10-nyi súly különbözetet mutatva, decubitusok ellen biztosítanak s egyszersmind nem incrustálódnak, a nyálkahártyát nem izgatják oly nagy mértékben. Fent említett esete kapcsán egyúttal ajánlja a legkésőbbesetben is az intubációval kombinált mesterséges légzést.

Deutsch Ernő dr.

VEGYESEK.

Az 1899. évi nemzetközi gyermekvédő congressusra, mely szeptember hó közepén fog megtartatni Budapesten, a meghívókat a bel- és külföldre már szétküldötték. Az orvosi szakosztályban eddig a következő előadásokat jelentették be: Szegő K. dr.: A tengeri gyógyintézetek működése, tekintettel a jótékony intézetekre; Faragó Gy. dr.: Gyermekek

¹ A budapesti Stefánia-gyermekekórház ezen ebonit tubusokat már hónapok óta használja, sikeresen.

védőelem a születés előtt; Temesváry R. dr.: Előadás ugyanezen tárgyról; Farkas J. dr.: Játzó- és üdülőhelyek; Grósz Gy. dr.: Az alkoholizmus a gyermeknél, orvosi szempontból; Vámos Gy. dr.: A dajkaságba adott gyermekek orvosi felügyelete; Bókay J. dr.: A pertussis prophylaxisáról. A külföldiek közül eddig Concetti és Celli tanárok jelentkezett előadóul. Bejelentések előadásra az orvosi szakosztályban Bókay J. tanárhoz intézendők. (Lónyay-utca 9. sz.)

Az 1898: XXI. t.-cz. az elhagyott gyermekek sorsát a törvény oltalma alá helyezi. E törvény kereténél vitelére a „Fehér-kereszt orsz. lelenczház-egyesület” főjájánja közreműködését a magyar kir. belügy-minisztériumnak, részletes előterjesztés kíséretében. A ministeriumban értekezlet foglalkozott e beadvánnyal, Széll Ignác államtitkár elnöklése alatt s a beadvány részleteiből megvitatása céljából az érdekelt felekből albizottság küldetett ki. Részünkről, miután az országos intézet föllállítása egyelőre pénzügyi akadályokba ütközik, örömmel üdvözljük a „Fehér-kereszt” egyesület ezen ajánlatát, mert ezzel lelencz-ügyünk fejlődését látjuk hazánkban.

A főpolgármester a székesfővárosi szent János-kórházba Szontágh Félix dr. egyet. m. tanárt főorvossá nevezte ki. Szontágh dr. mint főorvos a kórház gyermek-pavillonját és a fertőző osztályt vezeti. Jeles munkatársunkat üdvözljük ezen új minőségében.

Mettenheimer K. titkos tanácsos, udvari orvos 1898. szeptember 18-dikán meghalt Scherininben.

A Montpellier-i egyetemen gyermekgyógyászati tanszék létesített, melyre címzetes tanárnak Baumel nevezetett ki.

Combe magántanár a gyermekgyógyászat rendkívüli tanárává nevezetett ki a Laussanni egyetemen.

A New-York-i orvosegyet. 1898. szeptember 26-dikán tartott ülésén elhatározta, hogy O'Dwyernek emléket állít. A kiküldött háromtagú bizottság Mac Gillicuddy, A. Jacoby és Louis Fischerből áll.

Az „Archiv of Pediatrics” igen találóan nyilatkozik az angol és amerikai himlő-oltás ellenes mozgalmak kérdésében. Az új „Vaccination bill” ú. n. „conscience clause”-ja kimondja, hogy a gyermek hozzátartozói felelősségre nem vonhatók, ha meggyőződésük oly irányú, hogy az oltás a gyermekre nézve hátrányos. E felfogást az „Archiv of Pediatrics” a „New-York Times”-ra hivatkozva a legerélyesebben támadja meg. E törvény — mondja a lap — mutatja, hogy az angol-szász faj nem oly tökéletes, mint a hogy képzelik. A kötelező oltást, oly kérdésként állítja oda, mely felől véleményeltérés nem is képzelhető s melynek elitélése a boszorkányperek színvonalán áll.

Vincenzi bact. szempontból megvizsgálta a szentelt vizet Sassari egyik legrátogatottabb templomában és csakugyan talált is abban staphylo-, streptococcusokat, bact. collit s Löffler-bacillust. Ez utóbbit ki is tenyésztette s teljesen jellegzetes culturákat kapott; állatkísérletekkel virulenciájáról is meggyőződött. 400 gr.-os tengeri malacz már 0.4 cm³ cultura beoltása után pusztult el, és az experimentalis diphtheria teljes körképe fejlődött ki annál. A szentelt víz tehát ilyenformán terjesztheti a diphtheria vírusát, annál is inkább, mert sokan a vízbe mártott ujjukkal ajkaikat érintik. Megjegyzendő, hogy ugyanakkor, a midőn Vincenzi e vizsgálatait végezte, Sassariban 4 diphth. eset fordult elő.

Coma Salvatore a következő levelet intézte a Riforma Medica szerkesztőséghez: Tantétel most, hogy a tertiaer syphilis nem fertőző, mert ezen stadiumban nem öröklődik át az utódokra, ezért a házasságkötés ekkor már megengedett. A tertiaer syphilis vírusával végzett ojtások eredménytelenek voltak, nem vezettek fertőzéshez. Felteszi ezek alapján azon kérdést, hogy egy egyen tertiaer vírussal beoított, fertőztethetik-e ő másodlagos syphilisből eredő vírus beojtásával. Miután ezen kérdés megoldásához az anyaggyűjtés sok nehézséggel jár, tekintve, hogy állatkísérletek nem használhatók, felhívja az orvosokat, hogy figyeljék meg, vajjon igaz-e azon állítás, hogy a tertiaer vírus nem fertőző; hogy tertiaer stadiumban másodlagos tünetek nem fejlődnek, és végül, hogy lehet-e tertiaer vírussal immunizálni. Miután ezen utóbbi kérdés megoldása nagy horderővel bír, a syphilis terjedésének, korlátozásának tekintetében, ezért kéri az orvosokat, hogy az értesítéseket címére Nápolyba küldjék.

Uj könyvek: Fischl B. Quellen u. Wege der septischen Infection beim Neugeborenen u. Säugling. Leipzig 1898. — Knapp Ludw. Der Scheintod der Neugeborenen. Seine Geschichte, klin. u. gerichtsarztl. Bedeutg. I. Geschichtlicher Theil. Wien. — Neumann H. Briefe an einen jungen Freund über die Behandlung der Kinderkrankheiten. Berlin 1898. — Roemhold L. Allgemeine Verhaltensmassregeln bei den einzelnen Krankheiten der Kinder. Die hygienisch-diätet. Verordnungen der Heidelberger Kinderklinik. — Aisset E. Leçons cliniques sur les maladies des enfants, faites à l'hôpital St. Sauveur. Paris. — William D. Medical diseases of infancy and childhood. London.

Uj „Thèse”-k és „Dissertation”-k: Mlle Catherine Belianine. Trouble de la parole dans l'hémiplegie infantile. Paris 1898. — J. Gignoux. Des avantages au point de vue hospitalier de la chambre-cuveuse installée à la Charité de Lyon. 1898. — E. Lenoble. Étude sur quelques septiciémies du nourrisson. Paris 1898. — Meyer Joh. Über Complication der Masern mit Pemphigus acutus. Bonn 1898. — Mollison Th. Über die anatomischen Veränderungen der Haut bei Scharlach. Freib. 1898. — Schmidt Alf. Über Orchitis parotidea im Kindesalter. Bonn 1898. — Germen S. Beitrag zur Kenntniss der Gehirnsyphilis im Kindesalter. Berlin 1898.